

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-ODONTOLOGIE

Année de soutenance : 2025

N°:

**THÈSE POUR LE
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2025

Par Aurélie DHARANCY-PAPAREL

**RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES EN ODONTOLOGIE :
SYNTHESE DES REFERENTIELS EN 2025**

JURY

Président : Madame le Professeur Caroline Delfosse

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde Savignat

Madame le Docteur Amélie de Broucker

Monsieur le Docteur Thomas Marquillier



Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	A. PACAUD
Vice-doyen UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E DEVEAUX Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA Parodontologie

P. BOITELLE Responsable du département de Prothèse

T. COLARD Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

C. DELFOSSE Vice-doyen UFR3S-Odontologie

Odontologie Pédiatrique

Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale

L ROBBERECHT Responsable du Département de Dentisterie

Restauratrice Endodontie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H. PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (Maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction- Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M. BEDEZ	Biologie Orale
----------	----------------

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation ni improbation ne leur est donnée.

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Etudes Approfondies Génie Biologie & Médical - option Biomatériaux

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Vice-doyen UFR3S-Odontologie – Lille

Responsable du Département d'Orthopédie dento-faciale

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury et de vous associer à ce moment chargé d'émotions pour moi. Recevez, chère Professeure, l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.
Par votre intermédiaire, je souhaite également adresser de très sincères remerciements à chacun des professeurs de la faculté qui ont contribué à ma formation au cours de ces 5 années : pour leurs enseignements, leur disponibilité, leur écoute, leurs conseils.*

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS - LAS

*Vous avez accepté de juger ce travail et
je vous en suis très reconnaissante.
Vous avez ponctué mes années universitaires
d'enseignements d'une qualité remarquable.
J'ai autant apprécié votre pédagogie que votre authenticité.
Recevez mes sincères remerciements et mon respect.*

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille2

Chargée de mission Vie de campus et relations étudiants

*Vous avez accepté de faire partie de mon jury et vous remercie
sincèrement d'être présente pour refermer cette boucle ouverte il y a 5 ans.*

*En 2020, vous avez eu en l'audace, avec Le Dr Bocquet,
de m'accorder votre confiance en acceptant une quarantenaire
au concours d'admission de la passerelle.*

Vous avez rendu possible un rêve qui pouvait sembler fou.

*Pour tout cela, recevez, chers docteurs,
l'expression de ma profonde reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section 56 - Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 - Odontologie pédiatrique & Orthopédie dento-faciale

Département d'Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Santé Publique

Habilitation à Diriger des Recherches

Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention

Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA

Diplôme Universitaire Dermato-vénérologie de la muqueuse buccale

Master 1 Biologie Santé – mention Ethique et Droit de la Santé

Master 2 Santé Publique – spécialité Education thérapeutique et éducations en santé

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Diplôme du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques,
orthopédiques et fonctionnelles

Lauréat du Prix Elmex® de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique – CHU de Lille

*Vous avez accepté de diriger ce travail
et m'avez accordé votre confiance dès le début.
Votre rigueur, votre exigence, mais aussi votre humanité
lors de vos soins auprès des enfants en situation de handicap,
m'ont naturellement guidée vers vous.
Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait
en me consacrant du temps en pleine préparation de concours.
J'espère que ce travail est à la hauteur de vos attentes.
Je vous souhaite le meilleur pour la suite de votre vie professionnelle !*

Remerciements personnels

Sommaire

Recommandations professionnelles en odontologie :

Synthèse des référentiels en 2025

Liste des abréviations.....	13
I. Introduction.....	19
II. Méthode.....	19
2.1. Procédure de sélection des développeurs de recommandations.....	19
2.2. Procédure de sélection des RBP à traiter dans cette thèse.....	20
2.3. Méthode d'analyse des RBP.....	23
III. Résultats.....	24
3.1. Analyse générale.....	24
3.2. Fiches de synthèse des RBP.....	31
IV. Discussion.....	32
4.1. La sélection des RBP.....	32
4.2. La sélection des points clés et informations essentielles à faire figurer dans les synthèses.....	37
4.3. La mise en forme créative de chacune des synthèses.....	37
4.4. Perspectives.....	38
Bibliographie.....	39
Liste des figures et liste des tableaux.....	44
Annexes.....	45

Listes des abréviations

ADF : Association Dentaire Française.

AFIO : Association Française d'Identification Odontologique.

AFSOS : Association Française des Soins Oncologiques de Support.

AFSSaPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANCD : Académie Nationale de Chirurgie Dentaire.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

ASPBD : Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire.

CEOP : Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique.

CFBD : Collège Français de Biomatériaux Dentaires.

CNCDUSP : Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique.

CNECO : Collège National des Enseignants en Chirurgie Orale.

CNEOC : Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice.

CNEOP : Collège National des Enseignants en Odontologie Pédiatrique.

CNEP : Collège National des Enseignants en Parodontologie.

CNO : Collège National d'Occlusodontologie.

CNPCD : Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes.

CSP : Code de la Santé Publique.

DGSNR : Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection.

DPC : Développement Profession Continu.

EFCD : European Federation of Conservative Dentistry.

EFP : European Federation of Periodontology.

ESE : European Society of Endodontology.

FFO : Fédération Française d'Orthodontie.

GIHP : Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-opératoire.

IADT : International Association of Dental Traumatology.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire.

IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire.

ORCA : European Organisation for CAries Research.

PNDS : Protocole National de Diagnostic et de Soins.

RBP : Recommandation de Bonne Pratique.

RCF : Recommandation par Consensus Formalisé.

RPC : Recommandation pour la bonne Pratique Clinique.

SFBD : Société Francophone des Biomatériaux Dentaires.

SFC : Société Française de Cardiologie.

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation.

SFCO : Société Française de Chirurgie Orale.

SFDE : Société Française de Dentisterie Esthétique.

SFE : Société Française d'Endodontie.

SFHAD : Société Française de l'Histoire de l'Art Dentaire.

SFMDS : Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil.

SFODF : Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale.

SFOP : Société Française d'Odontologie Pédiatrique.

SFOPA : Société Française d'Orthodontie Par Alineurs.

SFPIO : Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale.

SFSCMFCO : Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale.

SOFREB : Société Odontologique Française de Radiologie et de Biophysique.

SOP : Société Odontologique de Paris.

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française.

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire.

I. Introduction

Le Code de la Santé Publique (CSP) stipule que « *le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'engage à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science* ». L'article 32 du Code de Déontologie médicale précise quant à lui que « *le praticien s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ». Ces 2 articles de loi illustrent l'obligation légale comme déontologique, pour le chirurgien-dentiste, d'une pratique basée sur les évidences et les preuves scientifiques (l'Evidence-Based Dentistry de la littérature anglo-saxonne) (1,2).

Pour atteindre cet objectif, le Développement Professionnel Continu (DPC) a vu le jour avec la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST), promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009 (3). Il englobe la formation médicale continue, bien connue depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 (la rendant notamment obligatoire pour tous les professionnels de santé), et l'évaluation des pratiques professionnelles : le DPC vise donc au maintien et à l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi qu'à l'amélioration des pratiques (4).

Parmi les moyens à la disposition des chirurgiens-dentistes pour le DPC, on trouve les recommandations de bonnes pratiques (RBP), guides, référentiels, fiches pratiques et autres rapports, qui se sont multipliés depuis une vingtaine d'années. Les scandales de santé publique de la fin du XX^{ème} siècle, comme l'affaire du sang contaminé dans les années 1980 ou la crise de la vache folle dans les années 1990, ont en effet conduit les pouvoirs publics à concevoir et mettre en œuvre des politiques visant à réduire les risques liés au fonctionnement du système de santé. La création d'agences, l'un des symboles de cette mutation, a ainsi vu naître de nouvelles réglementations que le chirurgien-dentiste se doit de connaître. Parmi les agences créées, c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a pour missions l'élaboration « des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique, [...] leur diffusion et [...] l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines » (5).

La Haute Autorité de Santé définit les RBP dans le champ de la santé comme :

- « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* »,
- des « *synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science, à un temps donné, afin d'améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leur sont prodigués* ». Elle précise cependant qu' « *[e]lles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* » (5,6).

Ainsi, les RBP, telles que définies par la HAS, viennent en réponse à une problématique identifiée, face un sujet complexe ou à des divergences professionnelles dans la prise en charge des patients (7) : elles sont de la propre initiative de la HAS (on parle d'auto-saisine) ou en réponse à une demande d'un autre organisme ou d'une société savante (on parle alors de saisine) (5). Elles constituent donc des aides auxquelles le praticien peut se référer pour la réalisation d'un acte particulier. Presque toutes les spécialités odontologiques bénéficient de recommandations mais tous les actes n'en font pas l'objet si aucune complexité n'a été remontée. Leurs buts : encadrer, harmoniser et améliorer la qualité des actes médicaux et leur sécurité (6).

En complément des RBP « format HAS », c'est-à-dire se limitant aux points d'amélioration d'une prise en charge (5), les sociétés savantes et autres groupes d'experts sont également à l'origine de multiples guides professionnels ou techniques, de bonne pratique clinique, de prise en charge, de référentiels et autres rapports d'évaluation : en dehors de toute problématique spécifique de prise en charge, ils visent surtout à fournir aux praticiens une synthèse des connaissances nécessaires sur des thématiques diverses de soins, d'installation, d'organisation du système de santé...

Pour assurer leur qualité, la HAS a publié en janvier 2020 un guide méthodologique faisant référence dans l'élaboration des RBP. Il remplace celui précédemment publié en 1999 par

l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Il repose sur une méthodologie précise et rigoureuse et recommande, dans un objectif principal de diffusion, d'effectuer en complément « *une fiche de synthèse [...] complétée quand cela est possible par des arbres décisionnels ou des schémas qui paraissent utiles* », et « *une présentation recto verso* » souhaitée (5) (Exemples Annexe 1). Malgré cette préconisation, toutes les RBP ne font pas l'objet de synthèses, revêtent des formats parfois très différents, pouvant être un frein pour une consultation rapide dans une pratique quotidienne au cabinet.

Ce travail a pour objectif de fournir une synthèse globale des RBP en odontologie qui n'en bénéficient pas déjà, à destination des praticiens comme des étudiants en formation. L'accent sera mis sur une présentation visuelle, rapidement consultable, dans le but d'en faciliter la lecture, la diffusion, l'appropriation et le cas échéant la mémorisation.

II. Méthode

2.1. Procédure de sélection des développeurs¹ de recommandations

La recherche bibliographique a été réalisée en interrogeant les moteurs de recherche Google Scholar, PubMed, Google et Chat GPT avec les mots clés suivants : société savante / agence / organisme / sanitaire / recommandation / dentaire / odontologie / dentaire / recommandations / guidelines / odontology.

Elle a permis, dans un premier temps, d'identifier, les « développeurs » de RBP, définis selon la HAS, comme les sociétés savantes, associations, académies, fédérations de chirurgiens-dentistes, collèges d'enseignants, agences sanitaires en mesure d'établir des recommandations de bonne pratique dans le domaine de l'odontologie (8).

La liste d'organismes ainsi obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle *via* :

- la consultation du site internet de l'Université Paris Cité :
 - Guide des bibliothèques > Odontologie > Autres ressources²
 - Guide des bibliothèques > Odontologie > Recommandations et statistiques³ ;
- l'identification des sociétés savantes de médecine ayant contribué à l'élaboration de l'ouvrage « *Risques médicaux – Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste* » de l'Association Dentaire Française (ADF) » ;
- le relevé des sociétés savantes ayant contribué à la rédaction des différentes recommandations.

Trente-six organismes, « développeurs » potentiels de RBP, ont été identifiés (*Figure 1*) : les sociétés savantes d'orthodontie, de chirurgie buccale et maxillo-faciale ont volontairement été maintenues dans la sélection initiale afin d'intégrer les

¹ D'après la HAS, « les organismes (agences sanitaires, sociétés savantes, associations de patients, etc.) qui élaborent des RBP pourront être désignés [...] par les termes génériques de « développeurs » de RBP ou de « promoteurs » de RBP » (5).

² <https://u-paris.libguides.com/odontologie/autresressources#s-lg-box-wrapper-18273171>

³ <https://u-paris.libguides.com/odontologie/recommandations>

recommandations communes aux chirurgiens-dentistes non spécialistes et spécialistes (Annexe 2).

A contrario, les syndicats ou fédérations syndicales n'ont volontairement pas été listés ici, leurs missions reposant plus sur la représentation et la défense des intérêts de la profession que sur l'émission de recommandations.

Enfin, un article présentant des RBP dans le domaine de l'implantologie, publié par des auteurs indépendants issus de la faculté de chirurgie dentaire de l'Hôpital Charles Foix et du service d'odontologie de l'Université Paris V Descartes, a également été pris en compte (9).

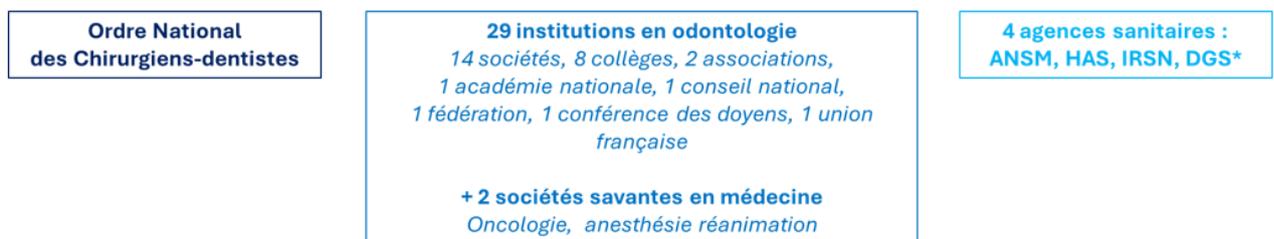


Figure 1. 36 développeurs potentiels de RBP (Source personnelle)

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé – HAS : Haute Autorité de Santé – IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire – DGS : Direction Générale de la Santé*

** La DGS n'est pas, au sens strict, une agence sanitaire : s'agissant d'un organisme gouvernemental au même titre que l'ANSM, la HAS et l'IRSN, elle a été intégrée à cette catégorie pour en faciliter la présentation.*

2.2. Procédure de sélection des RBP à traiter dans cette thèse

Dans un second temps, le site internet de chaque entité (agence, organisme ou société savante) a été consulté à la recherche d'éventuelles RBP produites.

Les critères d'inclusion étaient :

- tous travaux produits par les développeurs potentiels de RBP portant le nom « recommandations » et disponibles en ligne ;

- les recommandations de sociétés savantes de médecine quand :
 - elles s'adressaient aussi aux chirurgiens-dentistes
 - les RBP « odontologiques » semblaient trop anciennes pour être jugées pleinement pertinentes à la pratique actuelle : cela a notamment été le cas pour les « *Recommandations de prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire* » (9) publiées en 2011 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS). Pour donner un éclairage actuel, ont été intégrées à ce travail :
 - Les recommandations « *Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle* » publiées en 2024 par la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), en collaboration avec la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) (10).
 - « *Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie* » publiées fin 2024 par la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) et le Collège des Enseignants en Parodontologie (CNEP), qui donnent des directives claires dans ces domaines (11,12).

Les critères d'exclusion des RBP étaient :

- les recommandations étrangères et européennes, et notamment lorsque les thématiques avaient déjà été traitées par des recommandations françaises : si la connaissance des pratiques de nos voisins européens ou des Etats-Unis peut être pertinente pour débattre des habitudes de chacun, cette thèse a pour but de guider les chirurgiens-dentistes et les étudiants conformément aux pratiques françaises ;
- les recommandations autour de la crise COVID-19 dont la pertinence était limitée à la période de fermeture contrainte des cabinets de ville ou aux conditions de leur réouverture ;

- les recommandations relatives aux techniques de chirurgie maxillo-faciale, relevant de la compétence unique des chirurgiens maxillo-faciaux ;
- les recommandations toujours disponibles sur les sites institutionnels mais ayant fait l'objet de mises à jour plus récentes publiées ou supplantées par des recommandations internationales appliquées couramment en France : c'est le cas notamment pour :
 - « *Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie* » diffusées en 2005 et « *Prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire* » de 2006, mises à jour en 2015 et regroupées dans « *Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale* » (13), rédigées sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Orale (SFCO), en collaboration avec la Société Française de Cardiologie (SFC) et le Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-opératoire (GIHP) (13,14) ;
 - « *Parodontopathies : diagnostic et traitements* » diffusées en 2006 par la HAS, devenues obsolètes et supplantées depuis par les recommandations « *S3 Guidelines* » de l'European Federation of Parodontology autour des parodontites de stade I à III et des parodontites de stade IV, relayées sur le site de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO). Ces dernières recommandations sont désormais largement utilisées au niveau français (15,16) ;
 - « *Stratégies de prévention de la carie dentaire* » publiées en mars 2010 par la HAS et supplantées depuis par « *Le fluor en prévention primaire* » diffusées en 2021 par le Collège National des Enseignants en Odontologie Pédiatrique (CNEOP) et par les dernières recommandations de l'European Organization for CARies Research (ORCA) et de l'European Federation of Conservative Dentistry (EFCD) chez l'enfant et l'adolescent, l'adulte et la personne âgée de 2020 (17-19) ;

- Les différents guides émis par l'ADF constituant une synthèse de l'ensemble des connaissances nécessaires sur une thématique donnée. Par leur caractère exhaustif, ils ne se « *limit[ent pas] aux points d'amélioration d'une prise en charge* », rendant difficile la réalisation d'une synthèse courte et pertinente « *par des arbres décisionnels ou des schémas*» et « *une présentation recto verso* » conformément aux demandes de la HAS pour les RBP (5).
- Les fiches de procédure clinique du Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice (CNEOC) et les fiches pratiques de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) qui ne relèvent pas de la définition des RBP et qui sont déjà sous la forme de synthèses visuelles *recto verso* (20,21).
- Les rapports d'évaluation de la HAS qui constituent l'un des deux principaux types de production de la HAS avec les recommandations mais qui ont pour finalité principale de donner un avis sur un service rendu, une technique ou une procédure (7).

Cette méthodologie a été soumise à la validation d'un groupe de six experts⁴ lillois issus de disciplines différentes. Leurs remarques ont été intégrées en vue de finaliser la liste définitive des recommandations retenues pour ce travail.

2.3. Méthode d'analyse des RBP

Pour finir, chacune des recommandations a suivi la même méthode de synthèse :

- lecture et analyse des différentes sous-parties et / ou paragraphes des RBP
- identification des idées principales et messages clés

⁴ Pr Philippe Boitelle, PU-PH et responsable du département de Prothèse, CHU Lille - Dr Marie Dubar, MCU-PH et responsable du Département de Parodontologie, CHU Lille - Dr Nathalie Fournou-Moretti, PH, Orthopédie dento-faciale, CHU Lille - Dr Laurent Nawrocki, MCU-PH et chef du service d'Odontologie Abel Caumartin et responsable du département de Chirurgie Orale, CHU Lille - Pr Lieven Robberecht, PU-PH et Responsable du département de Dentisterie Restauratrice et Endodontie, CHU Lille – Dr Philippe Rocher, MCU-PH, Personne Compétente en Radioprotection, Sciences anatomiques, CHU Lille.

- sélection finale du texte à faire figurer dans les synthèses

avant de passer à la mise en forme créative.

III. Résultats

3.1. Analyse générale

Au global, 65 recommandations (43 issues des sociétés savantes, 21 issues des agences sanitaires, 1 issue d’auteurs indépendants parisiens) pouvant couvrir les champs d’activité du chirurgien-dentiste ont été identifiées. Parmi elles, 50 le concernaient directement et étaient considérées à jour (*Figure 2*) (Annexe 3).

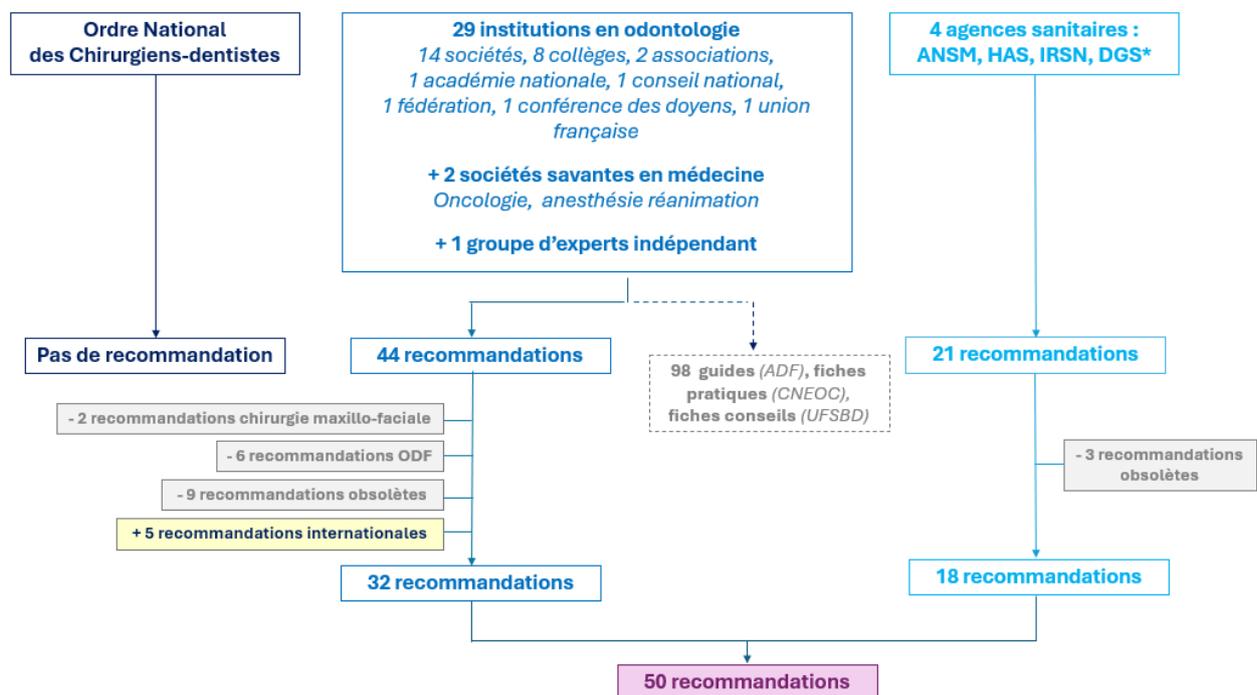


Figure 2. Diagramme de flux des 50 RBP adressées directement aux chirurgiens-dentistes (Source personnelle)

Sur les 50 RBP sélectionnées (*Figure 3*),

- 28 (56%) font déjà l'objet d'une synthèse courte et visuelle : les RBP mandatées par la HAS elle-même, sous l'égide d'un chef de projet HAS, respectent pour plus de 80% d'entre elles ce format. La liste de ces 28 recommandations ainsi que le QR code permettant d'y accéder facilement figurent en annexe 4.
- 11 (22%) font déjà l'objet d'une synthèse mais dont le nombre de pages et / ou la mise en forme ne permet pas une lecture rapide au cabinet ;
- 11 (22%) ne comportent aucune synthèse.

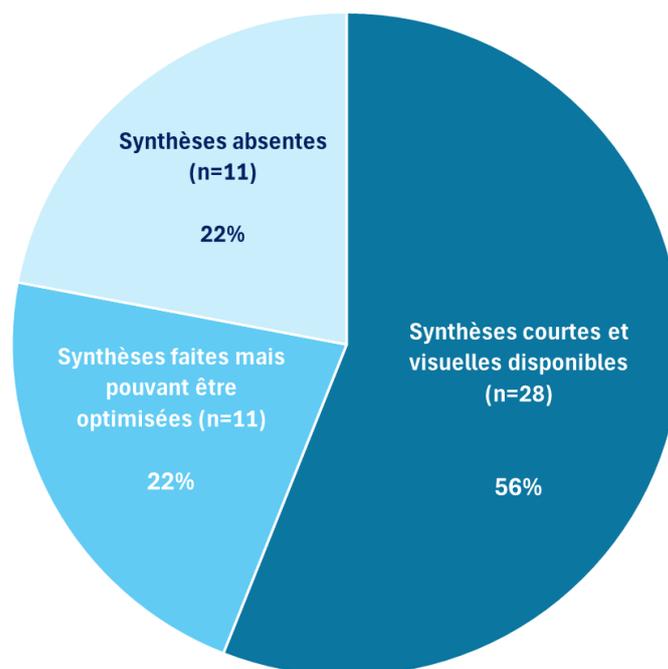


Figure 3 : Proportions de RBP synthétisées ou non (Source personnelle)

Ainsi, 22 recommandations (11 faisant l'objet d'une synthèse à optimiser et 11 sans synthèse), soient 43% des RBP identifiées, ne disposent pas d'une synthèse rapidement consultable au cabinet et seront donc traitées dans cette thèse.

Société savante / Agence sanitaire / Auteurs indépendants	Intitulé de la recommandation	Année	Discipline
Académie Nationale de Chirurgie Dentaire (ANCD)	Chirurgie dentaire et insuffisance rénale à la demande de l'Académie Nationale de Pharmacie (22)	2020	CO
Agence Nationale du Médicament et des Produits de santé (ANSM)	Recommandations de prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire (23)	2011	CO
Collège des Enseignants en odontologie pédiatrique (CEOP)	Le fluor en prévention primaire - Recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique (18)	2021	OP
Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique (CNCDUSP)	L'hypersensibilité dentinaire (24)	2012	DRE
Haute Autorité de Santé (HAS)	Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse	2024	CO
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Agénésies dentaires multiples : Oligodontie et anodontie <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Amélogénèses imparfaites <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) – Fentes labiales et/ou palatines <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP

IRSN / HAS / DGSNR	Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie. Recommandations pour les professionnels de santé. <i>En collaboration avec les sociétés savantes (25)</i>	2005	TOUTES DISCIPLINES
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)	Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. Recommandations formalisées d'experts (10) <i>En collaboration avec la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)</i>	2024	INFECTIO
Société Française de Chirurgie Orale (SFCO)	Chirurgie orale chez l'enfant sous anesthésie générale (26)	2024	CO
	Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires (27)	2012	CO
	Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte (28)	2008	CO
	Corticoïdes et COVID-19 (29)	2020	COVID
	Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie (30)	2003	CO
Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)	Recommandations des scellements de sillons des molaires temporaires (31)	2017	OP
Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO)	Prise en charge d'une canine incluse (32)	2015	ODF
Article paru dans l'Information Dentaire - Auteurs : Par A-C Becmeur, C. Herry, G. Demurashvili, Ph. Tramba	Recommandations et prescription en implantologie orale (9)	2014	IMPLANTO

Tableau 1 : 18 recommandations de bonne pratique françaises à synthétiser

Société savante	Intitulé de la recommandation	Année	Discipline
Société Française d'Endodontie (SFE)	Renvoie aux recommandations Européennes : S3 Guidelines de l'European Society of Endodontology (33)	2023	DRE
Société française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)	Renvoie aux recommandations de l'IADT – Traumatologie International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction (34)	2020	OP
Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO)	Renvoie aux recommandations S3 de l'EFPP en pratique clinique Traitement de la parodontite de stade I-III – Les recommandations S3 de l'EFPP en pratique clinique (15)	2020	PARO
	Renvoie aux recommandations S3 de l'EFPP en pratique clinique Traitement de la parodontite de stade I-IV (35)	2022	PARO

Tableau 2 : 4 recommandations internationales à synthétiser

CO : Chirurgie orale – ODF / OP : Orthopédie Dento-Faciale / Odontologie Pédiatrique - DRE : Dentisterie Restauratrice Endodontie – IMPLANTO : Implantologie Orale – INFECTIO : Infectiologie - ODF : Orthopédie Dento-Faciale - OP : Odontologie Pédiatrique – PARO : Parodontologie

Remarque : Certaines recommandations listées ci-dessus peuvent couvrir plusieurs disciplines.

 Synthèse absente

 Synthèse à optimiser

Ainsi, neuf disciplines complétées de la problématique COVID-19 sont couvertes par les 50 recommandations identifiées (Figure 4).

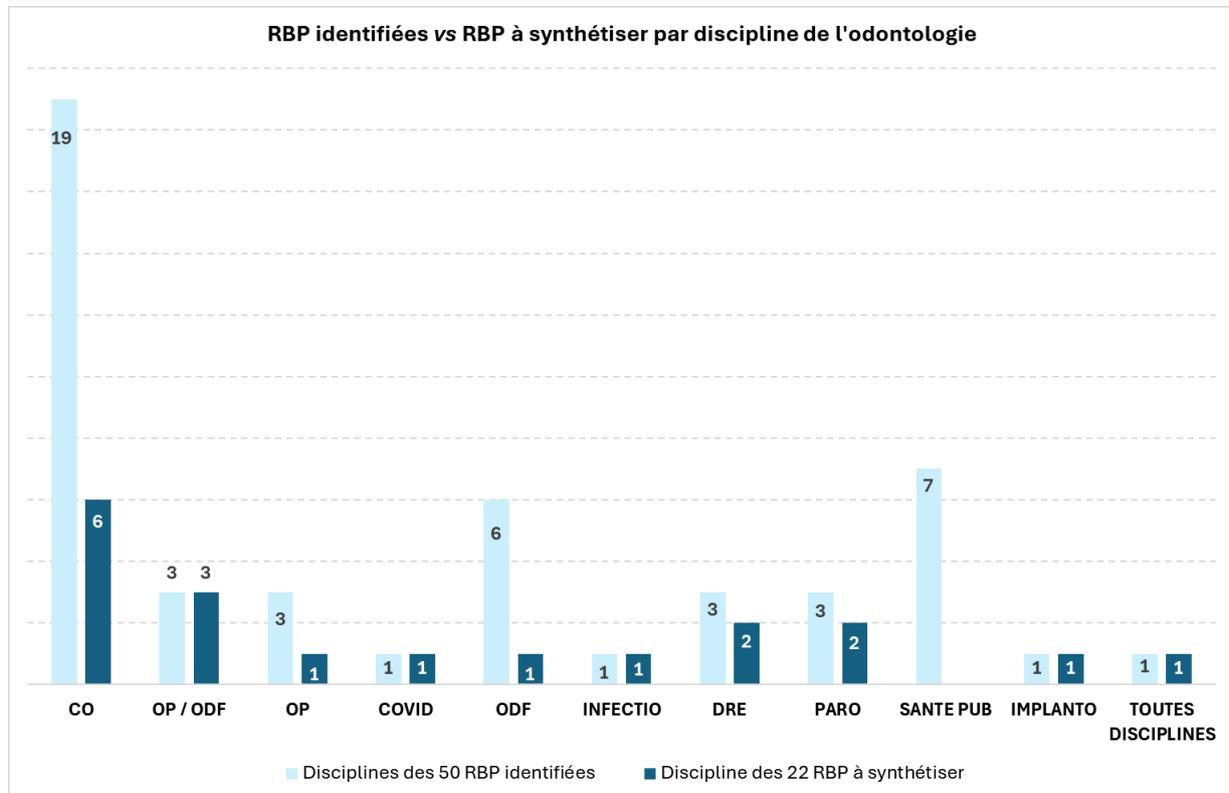


Figure 4 : RBP identifiées vs RBP à synthétiser par discipline (Source personnelle)

CO : Chirurgie Orale – OP / ODF : Odontologie Pédiatrique / Orthopédie Dento-faciale – OP : Odontologie Pédiatrique - ODF : Orthopédie Dento-Faciale – INFECTIO : Infectiologie - DRE : Dentisterie-Restauratrice-Endodontie - PARO : Parodontologie – SANTE PUB : Santé Publique - IMPLANTO : Implantologie

Enfin, pour en faciliter la lecture, les 22 RBP retenues pour ce travail ont été réparties en 2 catégories :

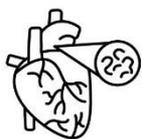
- 14 synthèses de RBP concernant essentiellement un public de patients adultes avec une mise en forme à dominante bleue :
 - Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse, HAS 2024
 - Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires, SFCO 2012
 - Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, AFSSaPS / ANSM 2011

- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle, SFAR / SPILF 2024
 - Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte, SFCO 2008
 - Hypersensibilité dentinaire, CNCDUSP 2012
 - Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie, SFSCMFCO 2003
 - Chirurgie dentaire et insuffisance rénale, Académie Nationale de Chirurgie-Dentaire, 2020
 - Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odonto-stomatologie, HAS / DGSNR / IRSN 2006
 - Traitement de la parodontite stade I-III, EFP 2020
 - Traitement des parodontites stade IV, EFP 2022
 - Recommandations et prescriptions en implantologie orale, Herry C, Demurashvili G *et coll*, 2014
 - Corticoïdes et COVID-19, SFCO 2020
 - Traitement de la pulpe et de la pathologie apicale, ESE 2023
- 8 synthèses de RBP destinées exclusivement aux enfants et adolescents avec une mise en forme à dominante jaune :
- Recommandations des scellements de sillons des molaires temporaires, SFOP 2017
 - Le fluor en prévention primaire, CEOP 2021
 - Directives pour la prise en charge des blessures traumatiques, IADT 2020
 - Chirurgie orale chez l'enfant sous anesthésie générale, SFCO / SFAR 2024
 - Prise en charge d'une canine incluse, SFSCMFCO 2015
 - Fentes labiales et / ou palatines, PNDS, HAS 2021
 - Amélogénèses imparfaites, PNDS, HAS 2021
 - Agénésies dentaires multiples : oligodontie et anodontie, PNDS, HAS 2021

3.2. Fiches de synthèse

Les 22 synthèses figurent ci-après :

PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS A HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) 2024



Objectifs de l'actualisation des recommandations : **améliorer la prise en charge dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse (HREI)** sur la base d'une revue critique de la littérature qui a conduit à **élargir le nombre de gestes invasifs autorisés** (avec ou sans antibioprofylaxie) et **réduire les situations nécessitant des avulsions dentaires**.

QUI SONT LES PATIENTS À HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE ?

- Les patients ayant un **antécédent d'EI**
- Les patients **porteurs de prothèses valvulaires ou d'un matériel prothétique** (implantés par voie chirurgicale ou per/transcutanée) utilisé pour la **réparation valvulaire cardiaque** (TAVI, clip valvulaire...);
- Les patients ayant une cardiopathie congénitale et répondant à l'un des critères ci-dessous :
 - **cardiopathie congénitale complexe cyanogène** (ventricule unique...),
 - **cardiopathie congénitale complexe traitée à l'aide de matériel prothétique** placé chirurgicalement ou par méthode transcutanée,
 - jusqu'à 6 mois après l'intervention de réparation
 - ou à vie s'il subsiste un shunt résiduel
- Les patients **porteurs de pompe d'assistance ventriculaire**

NB : Ne font pas partie des cardiopathies à HREI les matériels de stimulation intracardiaque : pace-maker, défibrillateur...

QUELS ACTES PRATIQUES OU NON CHEZ LE PATIENT A HREI (LISTE EXHAUSTIVE) ?



Actes NON invasifs autorisés SANS antibioprofylaxie (Grade C)

- Anesthésie locale en site non inflammatoire
- Radiographie intrabuccale
- Préparation prothétique
- Pose d'une digue (gencive non inflammatoire)
- Soins restaurateurs sans atteinte pulpaire
- Prise d'empreinte
- Mise en place et dépose de dispositifs orthodontiques collés ou scellés supra-gingivaux
- Dépose des fils de suture



Actes invasifs contre-indiqués (Grade AE)

- Coiffage pulpaire en denture permanente mature
- Pulpectomie des dents temporaires
- Toute technique de chirurgie avec utilisation d'une membrane de régénération osseuse
- Tout traitement de la péri-implantite

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélien Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier



Actes invasifs autorisés AVEC antibioprophylaxie (Grade AE)



Anesthésie

- Anesthésie locale en site inflammatoire
- Anesthésie intra-ligamentaire et ostéo-centrale, à ne réaliser qu'en 2ème intention



Parodontologie

- Sondage parodontal
- Assainissement parodontal
- Gingivectomie
- Elongation coronaire
- Traitement chirurgical des poches avec ou sans comblement, sans utilisation de membrane de régénération osseuse



Odontologie conservatrice et endodontie



- Pose de digue si contexte de gencive inflammatoire
- Adulte : pulpotomie sur dent mature, pulpectomie, traitement et retraitement endodontique, chirurgie endodontique sans utilisation de membre de régénération osseuse
- Enfant (< 18 ans) ; pulpotomie des dents temporaires et des dents permanentes immatures, coiffage pulpaire des dents permanentes immatures.



Chirurgie orale

- Avulsions dentaires
- Frénectomie
- Biopsie
- Exérèse de lésions muqueuses et lésions osseuses bénignes sans utilisation de membrane de régénération osseuse
- Dégagement orthodontique de dent incluse
- Techniques d'accélération de déplacement dentaire invasives = corticotomies



Implantologie orale

- Mise en place d'implants sans utilisation de membrane de régénération
- Mise en place de piliers implantaires de cicatrisation en cas d'implants enfouis
- Chirurgie pré-implantaire sans utilisation de membrane de régénération osseuse



Orthodontie

- Mise en place et dépose de mini-vis d'ancrage
- Réduction amélaire interproximale (stripping)



Traumatologie

Tous les actes thérapeutiques en lien avec la traumatologie dentaire et alvéolaire, dont la réimplantation des dents permanentes matures et immatures.

NB : Aucune contre-indication à pratiquer des actes bucco-dentaires invasifs, ni d'indication d'antibioprophylaxie pour ces gestes chez les patients à risque intermédiaire d'EI.

QUELLES MODALITES POUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE ?

Il est recommandé : 

- que **seuls les patients HREI** fassent l'objet d'une **antibioprophylaxie avant un geste invasif** (Grade A)
- que l'antibioprophylaxie soit **administrée dans l'heure qui précède l'acte**
- **d'espacer d'au moins 3 semaines les séances** nécessitant une antibioprophylaxie. Si pas possible, **changer de classe d'antibiotique** en utilisant un antibiotique recommandé.
- en cas d'oubli / d'impossibilité de l'antibioprophylaxie, **prise possible jusqu'à 2 heures après le geste**
- de préciser sur l'ordonnance que les antibiotiques doivent être **dispensés à l'unité par le pharmacien**



Voie orale	Adultes	Enfants	Contre-indication
Amoxicilline (Grade A)	2g	50 mg/kg	
Si allergie avérée à la pénicilline :			
Azithromycine (Grade B)	500 mg	15 mg/kg	<u>CI formelle</u> chez le patient traité pour ou ayant un allongement de l'intervalle QT
ou Pristinamycine (Grade AE)	1g	25 mg/kg	Hors AMM Contre-indication chez l'enfant de < 6 ans

MESURES DE PREVENTION DE L'EI CHEZ LES PATIENTS HREI ET À RISQUE INTERMÉDIAIRE



Brossage 2 fois /j 2 min avec un **dentifrice fluoré**
+ **brossage interdentaire** ou à défaut, fil dentaire



Suivi bucco-dentaire semestriel (patient HREI)
et **annuel** (patient à risque intermédiaire)



Piercing contre-indiqué



Antisepsie pré-opératoire :
bain de bouche 1 minute
à la chlorhexidine 0,12% ou 0,20%
avant tout geste bucco-dentaire (invasif ou non)



Consultation rapide indispensable
si symptômes bucco-dentaires



PRISE EN CHARGE DES FOYERS INFECTIEUX BUCCO-DENTAIRES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORALE 2012



Foyers infectieux bucco-dentaires (FIBD) : Présence effective de foyers bactériens = infection avérée ou sans répercussion clinique au moment de l'observation



Situation à risque infectieux potentiel (SRIP) : Susceptible de devenir des foyers infectieux dans le futur du fait des conditions réunies à l'échelon local



- Beaucoup plus de bactériémies induites par les **actes de la vie quotidienne** (brossage dentaire, mastication) que par des soins dentaires
- **Une dent vitale avec carie sans risque d'effraction pulpaire** lors du traitement ne représente pas un foyer infectieux susceptible de dissémination (APF).
- Le traitement endodontique d'une dent nécrosée ou une reprise de traitement endodontique représente un risque majoré d'entraîner une bactériémie vs une dent vitale (APF).
- Une **dent nécrosée** représente un **FIBD** ou une **SRIP** (APF).
- Les **dents en désinclusion** représentent des **foyers infectieux actifs ou latents** (APF).

ETAPES DE LA RECHERCHE D'UN FIBD

Bilan bucco-dentaire (BBD) :

Examen clinique impératif

(interrogatoire, sondage paro., tests de vitalité, percussion, palpation des chaînes ganglionnaires...)(APF)

Bilan initial : (APF)

Panoramique impérative

Si doute à la lecture de la

panoramique : examens complémentaires (retro-alvéolaires, CBCT...)(APF)



CONDUITE A TENIR POUR LA POPULATION GÉNÉRALE

- Recommandation d'**éliminer les FIBD** (APF) **ainsi que les SRIP** (CR)
- Découverte d'un FIBD >>>> **Information patient** précisant les conséquences éventuelles de l'infection
- Découverte d'un SRIP >>>> **Information patient** avec évaluation du risque de développement d'une infection (CR) et ses conséquences éventuelles (APF)

CONDUITE A TENIR CHEZ LES PATIENTS A RISQUE INFECTIEUX PARTICULIER

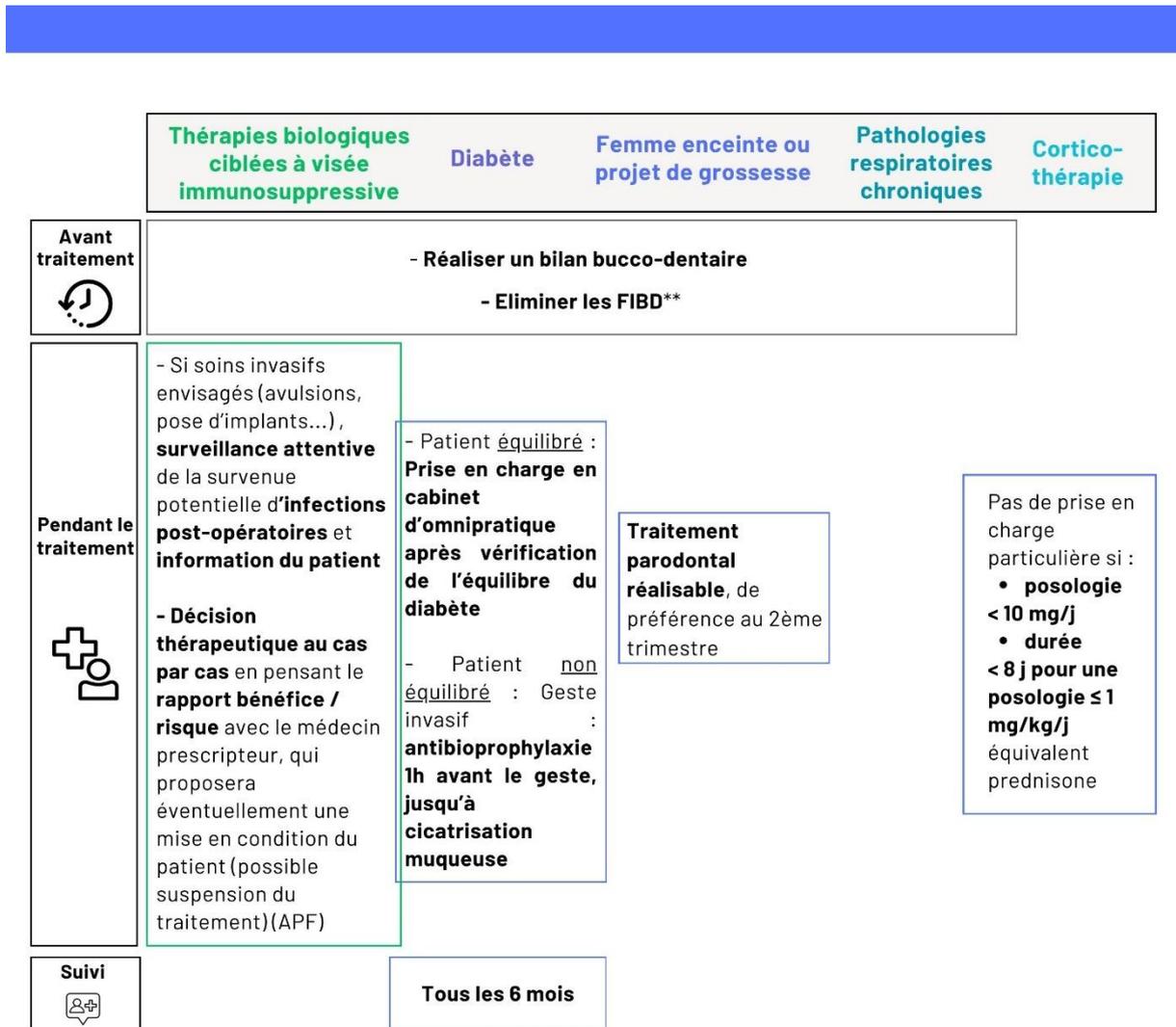
- En cas de risque infectieux particulier (autre que dentaire), les différentes possibilités de traitement des FIBD doivent être expliquées au patient, et son **consentement éclairé recueilli**.
- La **cicatrisation muqueuse** après avulsion dentaire nécessite une **durée minimale d'une semaine** et doit être évaluée par un **contrôle clinique** (APF).

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier



	Radiothérapie cervico-faciale	Chimiothérapie	Transplantation, immunodépression	Traitement par bisphosphonates	Prothèse articulaire
Avant traitement 	<p align="center">- Réaliser un bilan bucco-dentaire au plus tôt - Eliminer les FIBD* - Gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale à entreprendre au plus tôt pour que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant le début du traitement ou la chirurgie.</p>				
Pendant le traitement 	<p>- Gestes thérapeutiques invasifs pratiqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si bilan biologique connu (hémogramme, hémostase) (APF) • seulement si urgents (CR) • sous antibioprofylaxie jusqu'à cicatrisation muqueuse si polynucléaires neutrophiles (PN) < 500 /mm³ (APF) <p>- Hors urgence, possibilité de gestes chirurgicaux si PN normaux (APF).</p>		<p>- Si pathologie maligne (Cas 1): avulsions avec un plateau technique adapté</p> <p>- Hors pathologie maligne (Cas 2): avulsions possibles en cabinet d'omnipraticque</p>		
Après traitement 	<p>- Pas de mesures particulières si dose d'irradiation reçue < 30 Gy (maxillaire et/ou mandibule) (CR).</p> <p>- Pour réduire le risque d'ostéo-radionécrose (ORN): si avulsions nécessaires, après information de la dose reçue et du champs d'irradiation et dans un plateau technique chirurgical adapté (APF);</p> <p>- Devant un risque d'ORN : si geste invasif, instaurer une antibiothérapie au moins 1h avant le geste jusqu'à cicatrisation muqueuse (APF).</p>				
Suivi 	Tous les 4 à 6 mois		Tous les 4 à 6 mois		- Cas 1: tous les 4 à 6 mois - Cas 2: identique à la population générale Identique à la population générale

*Particulièrement recommandé pour les chimiothérapies non aplasiantes et les bisphosphonates
 APF : Accord Professionnel Fort - CR : Accord professionnel avec consensus relatif



NB : Pour les patients à risque d'endocardite infectieuse : cf. Recommandations HAS, avril 2024

Le choix de la thérapeutique retenue doit intégrer en particulier :

- **le pronostic vital** du patient lié à l'affection générale
- **le risque lié à l'abstention thérapeutique**
- **la morbidité** inhérente à chaque solution thérapeutique
- **le bénéfice attendu** de chaque proposition thérapeutique **sur le confort de vie**
- **l'observance** prévisible aux manœuvres d'hygiène et aux visites de contrôle

** améliore le contrôle de la glycémie dans le cadre d'un diabète / Impératif d'éliminer les FIBD si diabète non équilibré

APF : Accord Professionnel Fort



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Auréli Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES EN PRATIQUE BUCCO-DENTAIRE*

AFSSAPS / ANSM 2011

* Ces recommandations de 2011 ont été supplantées en 2024 et 2025 par d'autres recommandations concernant les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et les patients atteints de pathologie parodontale. Cette synthèse n'intégrera donc pas les recommandations relatives à ces profils de patients.



- En médecine bucco-dentaire : **antibiotiques réservés** à des **situations peu fréquentes**.
- Ne peuvent **ni pallier l'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie** inhérentes à toutes pratiques de soins.
- Hygiène orale fondamentale dans la prévention des infections en médecine bucco-dentaire : nécessité d'**une information adaptée des patients**
- Toute **prescription** à **clairement expliquer au patient** pour une **complète compréhension**

NOTIONS DE PATIENTS À RISQUE

- Prescription d'antibiotiques décidée en fonction du **risque présumé de développer une infection**
- Chaque patient présente un risque qui lui est propre
- **3 groupes à risque** selon **le patient, les actes bucco-dentaires** et **le risque de bactériémies**



La population générale

- Tous les patients ne présentant aucun des facteurs de risque des 2 autres catégories
- Aucun patient n'est totalement exempt de développer une infection



Les patients immunodéprimés

Risque infectieux considéré comme lié à tout facteur responsable d'une immunodépression, qu'elle soit congénitale ou acquise



Les patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Cf. Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse, HAS 2024

ANTIBIOTHÉRAPIE PAR VOIE LOCALE

Non indiquée en odonto-stomatologie



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélien Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE

Objectif



Prévenir le développement d'une infection locale, générale ou à distance

Quel que soit le niveau de risque infectieux du patient, pas d'indication d'antibioprofylaxie pour les actes non invasifs :



- Actes de prévention non sanglants
- Soins conservateurs
- Soins prothétiques non sanglants
- Dépose post-op de sutures
- Pose de prothèse amovible
- Pose ou ajustement d'appareils ODF
- Prise de radiographies dentaires

Actes
invasifs



= Acte susceptible d'induire une infection locale, à distance ou générale
- Pas de nécessité d'antibiothérapie prophylaxie pour la plupart des actes invasifs

ANTIBIOTHÉRAPIE CURATIVE

Traiter une infection

Quel que soit le niveau de risque infectieux du patient, en présence d'une infection accompagnée de fièvre, trismus, adénopathie ou oedème persistant ou progressif, antibiothérapie toujours indiquée en complément du traitement local adéquat



Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale, SFPIO 2025



Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse, HAS 2024

ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE & ACTES INVASIFS

	Adulte	Enfant	
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline 2g	Amoxicilline 50 mg/kg	- Prise unique dans l'heure précédant l'acte - Posologies pour des patients à la fonction rénale normale
Si allergie aux pénicillines	Clindamycine 600 mg	Clindamycine 20 mg/kg à partir de 6 ans	

Population générale 

Patients immunodéprimés 

Endodontie	- - - - -	- Mise en place d'une digue - Traitement de la pulpe vivante ou nécrosée - Reprise de traitement - Chirurgie péri-apicale avec ou sans comblement à l'aide d'un substitut osseux
Parodontologie	<i>Cf. Recommandations SFPIO 2025</i>	
Avulsions dentaires et transplantations	- - - -	- Avulsion dentaire : <ul style="list-style-type: none"> • Dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racines • Amputation radiculaire <ul style="list-style-type: none"> • Dent de sagesse (DDS) mandibulaire incluse • Dent incluse (hors DDS mandibulaire), dent en désinclusion, germectomie • Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées - Autotransplantation
Chirurgie des tissus durs et mous	- - - -	- Chirurgie osseuse (hors actes de chirurgie maxillo-faciale et ORL) <ul style="list-style-type: none"> - Exérèse des tumeurs et pseudo-tumeurs bénignes de la muqueuse buccale - Freinectomie - Biopsie des glandes salivaires accessoires
Actes chirurgicaux en implantologie	- - - -	- Chirurgie pré-implantaire : <ul style="list-style-type: none"> • Elévation du plancher sinusien avec ou sans matériau de comblement • Greffe osseuse en onlay • Membrane de régénération osseuse ou matériau de comblement - Chirurgie implantaire : <ul style="list-style-type: none"> • Pose de l'implant • Dégagement de l'implant • Chirurgie des péri-implantites
Autres actes bucco-dentaires invasifs	- - - -	- Anesthésie intra-ligamentaire - Soins prothétiques à risque de saignement - Soins orthodontiques à risque de saignement

ANTIBIOTHÉRAPIE CURATIVE & ACTES INVASIFS

	Adulte	Enfant
Cas général	<p><u>1ère intention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 2g/j en 2 prises • Azithromycine 500 mg en 1 prise • Clarithromycine 1 000 mg /j en 2 prises • Spiramycine 9 UI /j en 3 prises • Clindamycine 1200 mg/j en 2 prises <p><u>2ème intention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-Acide clavulanique 2g/j - 2 prises à 3 g/j en 3 prises • Amoxicilline 2g/j en 2 prises et Métronidazole 1500 mg/j en 2 ou 3 prises • Métronidazole 1500 mg / j en 2 ou 3 prises <p>et Azithromycine 500 mg/j en 1 prise ou Clarithromycine 1 000 mg/j en 2 prises ou Spiramycine 9 mUI/j en 3 prises</p>	<p><u>1ère intention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 50 à 100 mg/j en 2 prises • Azithromycine (hors AMM) 20 mg/kg/j en 1 prise <u>pendant 3 jours</u> • Clarithromycine (hors AMM) 15 mg/kg/j en 2 prises • Spiramycine 300 000 UI /kg/j en 3 prises • Clindamycine 25mg/kg/j en 3 à 4 prises chez > 6 ans <p><u>2ème intention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-Acide clavulanique 80mg/kg/j en 3 prises • Amoxicilline 50 à 100 mg/kg/j en 2 prises et Métronidazole 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises • Métronidazole 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises <p>et Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise ou Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises ou Spiramycine 300 000 UI /kg/j en 3 prises</p>
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<p><u>1ère intention :</u> Amoxicilline-Acide clavulanique 2g/j en 2 prises à 3 g/j - 3 prises</p> <p><u>2ème intention :</u> Pristinamycine 2g/j - 2 prises</p>	<p><u>1ère intention :</u> Amoxicilline-Acide clavulanique 80mg/kg/j en 3 prises</p> <p><u>2ème intention :</u> Pristinamycine 2g/j en 2 prises</p>
Parodontologie	Cf. Recommandations SFPIO 2025	Cf. Recommandations SFPIO 2025

	Population générale 	Patients immunodéprimés 
Traitement des caries, pulpopathies et complications péri-apicales	-	-
Parodontologie	Cf. Recommandations SFPIO 2025	
Pathologies péri-implantaires	- Péri-implantite	
Traitement des autres infections bucco-dentaires	<p>- Accidents d'éruption dentaire : Dent permanente (péricoronarite)</p> <p>- Cellulites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aigue (circonscrite, diffusée, diffuse) • Chronique <p>- Ostéites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alvéolite suppurée • Ostéite (maxillo-mandibulaire) <p>- Infections bactériennes des glandes salivaires</p> <p>- Stomatites bactériennes</p> <p>- Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire</p>	

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE ET MEDECINE INTERVENTIONNELLE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE & REANIMATION 2024
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

Partie 2 : Antibioprophylaxie en chirurgie ORL, stomato-maxillo-faciale et ophtalmologique



Chirurgie stomatologique et maxillo-faciale

avec ouverture bucco-pharyngée
(essentiellement chirurgie néoplasique)



Risque infectieux élevé
~ 30% des patients



Intérêt de l'antibioprophylaxie ?

- Intérêt démontré dans ce type de chirurgie
- **Efficacité supérieure de l'amoxicilline / clavulanate et de la céfazoline** vs l'amoxicilline seule ou à la clindamycine
- Pas de données comparant l'amoxicilline / clavulanate à la céfazoline
- **Chirurgies alvéolaires** : pas suffisamment de preuves à ce jour pour soutenir ou réfuter l'intérêt d'une antibioprophylaxie dans les procédures de greffes osseuses intra-orales

Modalités de l'antibioprophylaxie

- Durée : **pas de justification à prolonger l'antibioprophylaxie au-delà de 24 heures** post-opératoires
- Pas de différence démontrée entre chirurgie avec ou sans ouverture bucco-pharyngée
- Si drainage post-opératoire : **pas de justification à prolonger la durée de l'antibioprophylaxie**



En cas d'allergie aux bêta-lactamines, si antibioprophylaxie :

Clindamycine 900 mg IV



Actes chirurgicaux 	Molécules 	Force de la recommandation
Chirurgie orthognatique		
Chirurgie orthognatique	Céfazoline IV <i>Alternative :</i> Amoxicilline/Clavulanate IV	Grade 2
Ablation de matériel	Pas d'antibioprophylaxie	Avis d'experts
Chirurgie alvéolo-dentaire		
Extractions de dents incluses, ectopiques ou en désinclusion	Amoxicilline IV	Grade 1
Autres extractions dentaires (dents sur arcade, etc.)	Pas d'antibioprophylaxie	Grade 1
Pose de matériel d'ancrage orthodontique		Avis d'experts
Chirurgie apicale		Avis d'experts
Chirurgie alvéolaire (greffe osseuse d'apposition, régénération osseuse alvéolaire, ostéoplastie segmentaire, sinus lift, etc.)		Avis d'experts
Traumatologie maxillo-faciale		
Traumatologie maxillo-faciale : fractures simples, multiples ou complexes du massif facial, dont fracture ouverte de mandibule, fracture de Lefort, fracture du zygoma, etc.	Amoxicilline/Clavulanate IV <i>Alternative :</i> Céfazoline IV	Grade 2

PRESCRIPTION DES ANTI-INFLAMMATOIRES EN CHIRURGIE BUCCALE CHEZ L'ADULTE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORALE 2008

- Les interventions de chirurgie buccale sont très souvent associées à une **inflammation locorégionale** dont le contrôle passe principalement par la **prescription d'anti-inflammatoires et d'antalgiques**.
- Les anti-inflammatoires comportent deux classes de médicaments :



Indications

En chirurgie buccale, **les AINS doivent être considérés uniquement comme des antalgiques** car dénués d'effets sur l'œdème et le trismus.

- L'effet antalgique des AINS est supérieur à celui du paracétamol et comparable à celui des opioïdes faibles (codéine, tramadol...) utilisés seuls ou en association au paracétamol.
- Il est **recommandé d'utiliser l'une des 9 molécules ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM)** : aucune n'a démontré sa supériorité (efficacité ou tolérance) (Accord professionnel). (Tabl. 1)
L'ibuprofène est la plus étudiée.

En chirurgie buccale, **les glucocorticoïdes** visent essentiellement à **la réduction des manifestations du processus inflammatoire** (œdème, trismus).

- Leur **activité antalgique modeste**, toujours inférieure à celle des AINS, **justifie la prescription associée d'antalgiques. L'association avec un AINS est déconseillée.** (grade A)
- La littérature ne permet pas de privilégier une molécule (Tabl. 2). Pour des **raisons pharmacocinétiques** (biodisponibilité, 1/2 vie biologique), il paraît **préférable d'utiliser la prednisone.** (Accord professionnel)

Modalités de prescription

- La prise d'AINS à visée antalgique **doit être préventive et se faire à heure fixe** : en première intention, la prescription **"en cas de douleurs" n'est pas recommandée.** (Grade A)
- La prise initiale *per os* (voie à privilégier) doit tenir compte d'un **délai d'action d'environ 1h** pour obtenir une efficacité avant la fin prévisible de l'anesthésie locale ou locorégionale. (Grade A)
- **Durée optimale du traitement à visée antalgique : 3 jours**, sans dépasser 5 jours

- **Dose moyenne conseillée : 1 mg/kg/j équivalent prednisone, per os en une seule prise, le matin.** (Accord professionnel)
- La prise initiale *per os* doit tenir compte d'un **délai d'action d'environ 4h** pour obtenir une efficacité avant le début de l'intervention. (Accord professionnel)
- **Durée optimale du traitement : 3 jours**, sans dépasser 5 jours, **évitant une diminution progressive de la dose.** (Grade A)



Tableau 1 : Liste des AINS ayant une AMM avec une indication antalgique

DCI	Spécialités	Dosage	Posologie par prise	Dose Maximale Journalière
Acide méfénamique	Ponstyl®	250 mg	250 à 500 mg	1 500 mg
Acide niflumique	Nifluril®	250 mg	250 mg	1 000 mg
Ibuprofène	Advil®, génériques	200 mg, 400 mg	200 à 400 mg	1 200 mg
Acide tiaprofénique	Surgam®, Flanid®	100 mg, 200 mg	100 à 200 mg	600 mg
Fénoprofène	Nalgésic®	300 mg	300 à 600 mg	1 200 mg
Kétoprofène	Toprec®	25 mg	25 mg	75 mg
Naproxène	Aleve®, Apranax®, génériques	220 mg, 275 mg, 500 mg, 750 mg	220 mg, 275 mg, 500 mg, 750 mg	1 100 mg
Diclofénac	Voltarène Dolo®	12,5 mg	12,5 à 25 mg	75 mg
Nimésulide	Nexen®	100 mg	100 mg	200 mg

Tableau 2 : Spécialités de corticoïdes disponibles par voie orale en France

DCI	Spécialités	Dosage	Posologie d'attaque
Bétaméthasone phosphate disodique	Betnesol®	0,5 mg	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Bétaméthasone	Célestène®	0,5 mg, 2 mg	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Dexaméthasone acétate	Dectancyl®	0,5 mg	0,05 à 0,2 mg/kg/jour
Méthylprednisolone	Médrol®	4, 16, 32, 100 mg	0,3 à 1 mg/kg/jour
Prednisolone	Hydrocortancyl®	5 mg	0,35 à 1,2 mg/kg/jour
Métasulfobenzoate sodique de prednisolone	Solupred®, génériques	1 mg/ml, 5 mg, 20 mg	0,35 à 1,2 mg/kg/jour
Prednisone	Cortancyl®	1, 5, 20 mg	0,35 à 1,2 mg/kg/jour

Contre-indications



- **Grossesse** après le 5ème mois ou **allaitement**
- **Personnes âgées > 65 ans**
- Sujets présentant une **pathologie ulcéreuse même guérie** ou **inflammatoire gastro-intestinale**
- **Sujets insuffisants rénaux** (clairance de la créatinine < 60 ml/min)
- Patients ayant un **traitement anticoagulant, un traitement antiagrégant plaquettaire, un trouble de l'hémostase...** (grade A)
- **Hypersensibilité** à l'un des constituants
- **Tout état infectieux** à l'exclusion des indications spécifiques : choc septique, méningite bactérienne...
- Certaines viroses en évolution, notamment **hépatite, herpès, varicelle, zona**
- **Etats psychotiques non contrôlés** par un traitement
- **Vaccins vivants**

Augmentent-ils le risque infectieux ?



- La relation de cause à effet entre prise d'AINS et augmentation du risque infectieux n'est **pas scientifiquement établie en chirurgie buccale.**
- **La prescription d'AINS ne justifie pas à elle seule la prescription d'antibiotiques.** Toutefois, elle est **susceptible de masquer les signes d'une infection.** (Accord professionnel)
- La relation de cause à effet entre prise de glucocorticoïdes en cure courte et augmentation du risque infectieux **n'est pas scientifiquement établie en chirurgie buccale.**
- **Une prescription de glucocorticoïdes en cure courte ne justifie pas à elle seule la prescription d'antibiotiques.** Toutefois, elle est **susceptible de révéler une infection latente** (tuberculose...). (Accord professionnel)

HYPERSENSIBILITE DENTINAIRE

COLLÈGE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES UNIVERSITAIRES EN SANTÉ PUBLIQUE 2012

L'**hypersensibilité (HS) ou l'hyperesthésie dentinaire** est l'apparition d'une **douleur aiguë et transitoire** provenant d'une zone de dentine exposée, **en réponse à un stimulus**. Il s'agit d'une douleur ne pouvant être expliquée par aucune autre forme de défaut ou pathologie.

2 éléments essentiels pour son déclenchement :



- des **tubulis dentinaires ouverts** dans la pulpe et **perméables**
- **dentine exposée** suite à la perte d'émail par le processus d'usure des dents ou d'une récession gingivale

DIAGNOSTIC

Interrogatoire



Caractériser avec précision les symptômes et évaluer les facteurs étiologiques



Caractéristiques de la douleur



Habitudes alimentaires



Moyens d'hygiène bucco-dentaire



Recherche de parafonctions



Examen occlusal : prématurités ?



Anamnèse médicale

Examen clinique



Recherche d'une lésion d'usure :

- **Erosions** : Principal facteur d'usure de surface de la dent par attaque acide d'origine non bactérienne, extrinsèque ou intrinsèque
- **Abrasions** : Usure excessive des tissus durs de la dent causée par des objets durs (brossage traumatique, dentifrice abrasif)
- **Attrition** : Usure dentaire résultant des frottements des dents les unes contre les autres
- **Abfraction** : Perte de structure dentaire dans la région cervicale de la dent, imputable à une surcharge occlusale
- **Récessions gingivales** avec exposition gingivale



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

Diagnostic différentiel



- **Dent fêlée ou fissurée**
- **Dents fracturées** mettant la dentine à nu
- **Inflammation gingivale**
- **Facteurs psychogènes** perturbant la perception des messages sensoriels banals pouvant être perçus comme douloureux

TRAITEMENTS

- **Curatifs et / ou préventifs, toujours basés sur l'étiologie** de l'HS
- Pour être efficaces : **élimination ou contrôle de toutes les causes d'HS** nécessaire

Pâtes dentifrices 	<ul style="list-style-type: none">- Obturation des tubuli dentinaires = traitement efficace et durable de l'HS- Traitement pouvant être mis en place par le patient lui-même- Pâte dentifrice avec arginine, carbonate de calcium et monofluorophosphate de sodium (1 450 ppm) plus efficace qu'une pâte avec du sel de potassium et du fluorure de sodium (1 450 ppm)- Les sels de potassium ou de strontium :<ul style="list-style-type: none">• Efficacité comparable• Les plus couramment utilisés par les patients
CPP-ACP	<ul style="list-style-type: none">- Phosphopeptide de caséine avec phosphate de calcium amorphe- Rend possible la reminéralisation de l'émail
Pâtes au silicate de calcium	<ul style="list-style-type: none">- Plus récentes- Oblitération des tubuli dentinaires
Vernis fluorés 	<ul style="list-style-type: none">- Pellicule protectrice- Action chimique par l'intermédiaire des fluorures, très éphémère
Matériaux adhésifs	<ul style="list-style-type: none">- Considérés comme des moyens de scellement des tubuli dentinaires
Conseils d'hygiène élémentaires 	<ul style="list-style-type: none">- Enseignement des techniques de brossage non traumatisantes- Utilisation d'une brosse souple à remplacer tous les mois- Éviter de brosser les dents immédiatement après ingestion d'un aliment acide- Terminer le repas par un aliment neutre ou se rincer la bouche à l'eau avant le brossage
Technique de recouvrement radiculaire par greffe gingivale ou par traitement laser	
Prévention de l'HS	<ul style="list-style-type: none">- Éliminer les facteurs causaux et les facteurs de risque= Education à la santé

»»» Malgré le grand nombre d'études publiées sur l'HS dentinaire, il n'est **pas possible d'arriver à un consensus** sur un **traitement universel** considéré comme le **"gold standard"**.

EMPLOI DES VASOCONSTRICTEURS EN ODONTO-STOMATOLOGIE

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE BUCCALE ET DE CHIRURGIE BUCCALE 2003

Technique d'injection



- Injection **toujours lente (1 mL / minute) et fractionnée.**
- **Test d'aspiration préalable** à l'injection d'un anesthésique dans un territoire bien vascularisé.
- **La plus petite dose efficace** toujours recommandée (Grade C).



Indications



- L'association **vasoconstricteur-anesthésique** en anesthésie locale **augmente durée et profondeur** de l'anesthésie tout **en réduisant les effets systémiques** (Grade A)
- Pas d'évaluation publiée sur les **techniques d'hémostase locale** par emploi de vasoconstricteurs purs ou mélangés à des anesthésiques ou astringents (Grade C)
- Anesthésie générale (AG) : L'utilisation d'un **anesthésique avec vasoconstricteur** pour réduire le saignement et abaisser le seuil d'analgésie **diminue la réponse sympathique à l'agression et la profondeur de l'AG nécessaire** (Grade C)

Choix de la molécule

Adrénaline = chef de file des vasoconstricteurs utilisé seul ou avec un anesthésique local en odonto-stomatologie. (Grade B)

Indications en fonction de la technique anesthésique



- L'utilisation d'un **vasoconstricteur** dans les techniques d' :
 - **anesthésie ponctuelle** (intrapulpaire, intraligamentaire et intraseptale) n'est pas indispensable mais améliore considérablement...
 - **anesthésie locales** (para-apicale, du nerf lingual, du nerf buccal) n'est pas indispensable mais améliore sensiblement...**...le taux de succès, la durée et la profondeur de l'anesthésie obtenue.**
- L'**addition d'un vasoconstricteur à l'anesthésique** n'est pas indispensable pour l'anesthésie au foramen mandibulaire. L'addition d'adrénaline augmente la durée de l'**anesthésie** mais ne semble **pas avoir d'effet décisif sur l'incidence des échecs.**

Dosage du vasoconstricteur

- **Solution à 2% de lidocaïne : durée d'action suffisante** pour la majorité des actes odonto-stomatologiques avec de l'**adrénaline 1/200 000**
- **Articaïne 4% et mépivacaïne 2% : préférer les solutions au 1/200 000** en l'absence de différence significative avec le 1/100 000 et pour leur meilleure tolérance (Grade A)

Interactions
médicamenteuses



- **Antidépresseurs tricycliques :**
 - **écarter la noradrénaline** associée aux anesthésiques locaux
 - réduire la dose injectée d'anesthésiques locaux adrénalinés (ALA) au 1/200 000 au **tiers de la dose totale** chez le sujet normal (Grade C)
- **Béta-bloquants cardiosélectifs :** adrénaline au 1/200 000
- **Béta-bloquants non sélectifs :** utiliser des AL **les plus faiblement dosés en vasoconstricteur** (Grade C)
- Pas d'adrénaline avec les anesthésiques généraux volatiles halogénés (Grade C)
- **Vasoconstricteurs proscrits au moins 24h** après consommation de cocaïne pour permettre l'élimination de la drogue et de ses métabolites (Grade C)
- **Antipsychotiques ou alpha-bloquants :** aucun accident rapporté en cas d'ALA (Grade C)
- **MAO sélectifs :** pas de contre-indication à l'administration d'ALA (Grade C)

Contre-indications
des
vasoconstricteurs



Pathologies ne
contre-indiquant
pas les
vasoconstricteurs



- **Contre-indication absolue : phéochromocytome** = Prise en charge hospitalière (Grade C)
- **Os irradié > 40 Gy :** AL avec vasoconstricteur à éviter (Grade A)
- **Patients arythmiques :** ALA à éviter en injections intra-osseuses (Grade A)
- **Asthme cortico-dépendant** (Grade C)



- **Hyper- et hypothyroïdie stabilisée** (Grade C)
- **Patient hypertendu stabilisé** (Grade A)
- **Fibrillations auriculaires équilibrées** (Grade C)
- **Cardiopathies coronariennes stabilisées** (Grade C)
- **Patients asthmatiques** si objectif de maîtriser/éviter douleurs et stress, probablement la principale cause de crise au cabinet (Grade C)
- **Patients diabétiques équilibrés de type I ou II** (*Modérer les quantités d'AL si diabète déséquilibré et instable (adrénaline = hyperglycémiant)*) (Grade C)
- **Patient avec atteinte hépatique virale ou toxique ancienne et guérie** (Grade C)

Prise en charge en milieu hospitalier (réanimation et monitoring) si ALA nécessaire :

- **Instabilité tensionnelle** associée à d'autres éléments grevant le pronostic (Grade C)
- **Patients sous digoxine** et ceux atteints d'**arythmie atrio-ventriculaire** (Grade C)

Etats
physiologiques &
vasoconstricteurs

- **Grossesse et allaitement :** pas de contre-indication à l'utilisation d'AL avec vasoconstricteur (Grade C), utilisation des doses usuelles (Grade C)
- **Enfant > 6 mois :** dose totale d'AL avec ou sans vasoconstricteur divisée par 3 en dessous de 15kg et divisée par 2 entre 15 et 40 kg (Grade C)
- **Personne âgée :** dose d'AL avec ou sans vasoconstricteur à adapter à l'état métabolique

CHIRURGIE DENTAIRE ET INSUFFISANCE RÉNALE

ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE 2020

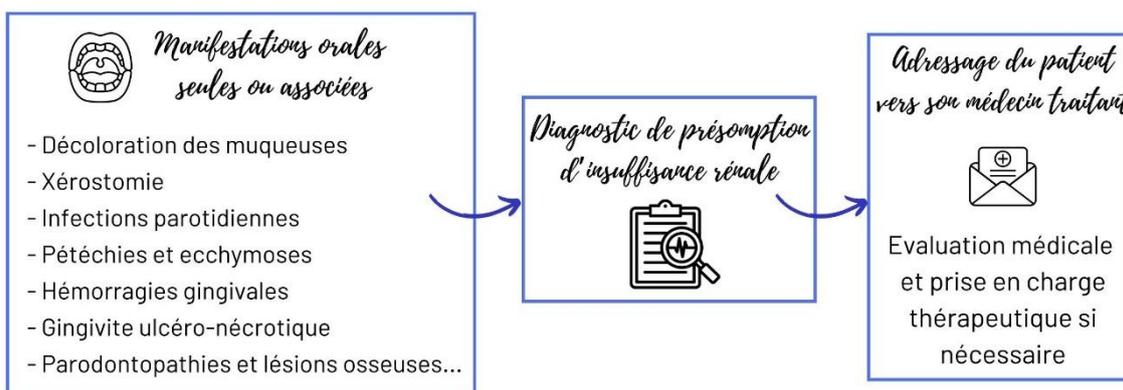
De nombreux patients nécessitant des soins dentaires ignorent qu'ils sont porteurs d'une pathologie générale sous-jacente qui :

- en l'absence de prise en charge, pourrait être à l'origine de complications
- pourrait avoir une incidence sur les soins dentaires
- ou dont les soins dentaires pourraient être aggravants

➤➤➤ C'est le cas de l'**insuffisance rénale** : son **dépistage précoce est d'une importance capitale** dans la prévention des futures complications secondaires.

LE CHIRURGIEN-DENTISTE : ACTEUR MAJEUR DU DEPISTAGE

Le chirurgien-dentiste devra toujours s'assurer que son patient n'est pas insuffisant rénal notamment en cas de diabète, d'hypertension, de glomérulopathies, de néphropathies et autres affections rénales.



LE CHIRURGIEN-DENTISTE FACE À L'INSUFFISANCE RENALE

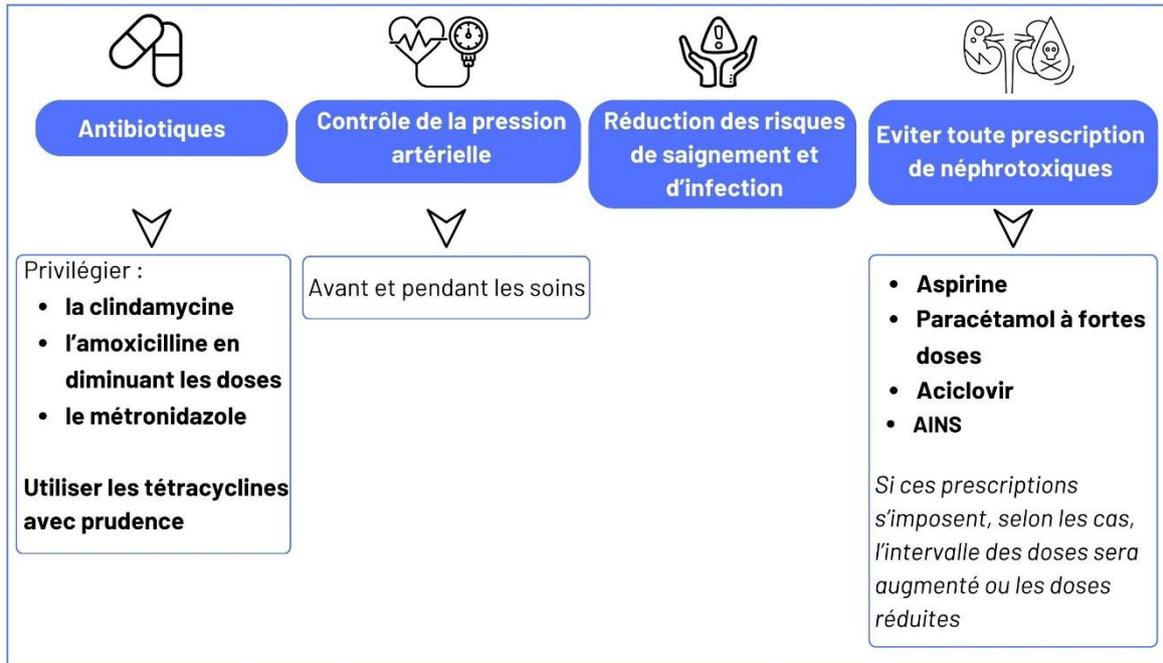
Conséquences potentielles de l'insuffisance rénale

- Tendance au saignement
- Anémie
- Hypertension artérielle et autres pathologies sous-jacentes
- Susceptibilité aux infections
- Intolérance aux substances néphrotoxiques métabolisées par le rein...



Précautions à prendre

- Report des soins en cas d'instabilité ou de mauvais contrôle
- Evaluation préalable des désordres hématologiques : temps de saignement, taux de prothrombine, hématicrite, taux d'hémoglobine
- Traitement agressif de toute infection



Lorsque le taux de filtration glomérulaire (DFG) est à 50 ml/min, l'élimination des drogues excrétées par le rein est deux fois moins efficace. En-deçà de 50 ml/min, le taux de toxicité est atteint : il est alors nécessaire de réduire la posologie et d'espacer davantage les prises.

GUIDE DES INDICATIONS ET DES PROCEDURES DES EXAMENS RADIOLOGIQUES EN ODONTO-STOMATOLOGIE

HAS / DGSNR / IRSN 2006



- Expositions d'origine médicale : **principale source d'irradiation d'origine humaine** de la population
- **Radioprotection des patients : obligation légale** >>>> **Objectif** : réduction des risques liés aux examens radiologiques à leur minimum
- **Obligation** pour les praticiens demandant / réalisant des examens d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants **d'appliquer les principes de justification** et d'**optimisation**
- Principe de **limitation** des doses : s'applique aux **travailleurs et au public**

Principe de justification



Principe d'optimisation



= **Confirmation argumentée de l'indication clinique et du choix de la technique d'imagerie - 1er principe fondamental**

- **Analyse préalable requise** : avantage médical suffisant vs risque ? autre technique d'efficacité comparable avec risque moindre disponible ?

- Examen de radiodiagnostic **obligatoirement fondé sur l'anamnèse, les examens cliniques ou les nécessités du traitement en cours** → Radiographies sans indication clinique jamais justifiées / exposition superflue

- **Clichés (+/- compte-rendus) préalables** à collecter au maximum : besoin de radiographies complémentaires ?

- Si délégation : **Echange d'informations écrit** entre demandeur et réalisateur avec justification de la demande et clichés antérieurs. Si désaccord : le **réalisateur** est **décisionnaire**

- Importance du **respect de la justification chez les enfants, plus sensibles** aux rayonnements ionisants que les adultes

- **Femme enceinte : pas de contre-indication** si principe de justification respecté

- **CBCT : toujours en 2ème intention**

= **Eviter de délivrer des doses inutiles tout en assurant une qualité d'images nécessaire à l'obtention de l'information diagnostique désirée**

- Cet objectif implique :

- définir **pour chaque type d'examen** des **critères de qualité de résultats** qui fassent consensus au niveau national
- **Rédiger des procédures d'examen avec les qualités attendues** des examens au **niveau d'exposition le plus faible possible**
- **Indiquer le niveau de dose associé à la procédure**

- Démarche diagnostique : n'a de sens que si examens réalisés sur des **matériels dédiés et performants**, vérifiés par des **contrôles de qualité appropriés et réguliers (Obligation de maintenance)**

INDICATIONS CLINIQUES DES EXAMENS RADIOLOGIQUES (JUSTIFICATION)



- Le **choix entre différentes techniques revient au praticien** s'il pratique lui-même l'examen
- Les **recommandations ou indications ne l'emportent pas sur le jugement clinique du praticien**
- Les praticiens doivent **toujours justifier avec précision** leur acte radiologique

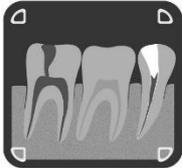
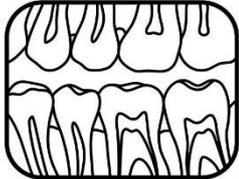
	RC	RA	Pano	Status	TéléR	CBCT	Occl	
Détection des caries	✓	✓	✓					Risque carieux (RC) à déterminer initialement et à chaque consultation : • RC élevé : mini tous les 6 mois jusqu'à réduction du risque • RC modéré : mini tous les 12 mois • RC faible : mini tous les 12 à 18 mois (denture temporaire ou mixte) à mini tous les 24 mois (denture permanente)
Maladies parodontales	✓	✓	✓	✓		✓		
Diagnostic endodontique		✓				✓		Possibilité de réduire le nombre de clichés avec les localisateurs d'apex
Diagnostics pathologique, pré-chirurgical et traumatologique		✓	✓			✓	✓	Chez l'enfant avant chimiothérapie ou radiothérapie, possibilité de compléter l'examen par une téléradiographie de face et profil
Diagnostic implantaire	✓		✓			✓		
Nouveaux patients	✓	✓	✓					
Patient édenté		✓	✓			✓		
Diagnostic ODF			✓		✓	✓		
Analyse des ATM			✓			✓		Pathologies discales → IRM
Analyse des sinus		✓	✓			✓		
Analyse des glandes salivaires						✓	✓	IRM ✓

Indications cliniques des examens de radiologie, inspiré du cours de D5 du Dr P. Rocher

Cliché rétrocoronaire : RC	Téléradiographie : TéléR	Recommandé : ✓
Cliché rétroalvéolaire : RA	Cone-Beam : CBCT	Possible : ✓
Panoramique : Pano	Cliché occlusal : Occ	



LES PROCEDURES RADIOLOGIQUES : CRITÈRES DE QUALITE*

	Rétroalvéolaire	Rétrocoronaire	Panoramique
Visualisation 	Doit montrer: - la totalité de chaque dent radiographiée jusqu'à l'apex - la portion des tissus osseux environnants pour éliminer une manifestation pathologique de voisinage 	Doit montrer: - les couronnes des dents antagonistes - les rebords alvéolaires maxillaire et mandibulaire du secteur concerné 	Visualisation nette : - au maxillaire : du canal incisif à la tubérosité - à la mandibule : de la symphyse mentonnière au trigone rétromolaire - les branches montantes de la mandibule, les processus coronoïdes, les condyles et ATM - la partie antérieure des cavités nasales et des sinus maxillaires jusqu'aux orbites - les planchers d'orbites - les tissus mous périphériques 
Reproduction critique	Image à la densité et au contraste suffisants pour analyser : - les différents tissus dentaires - les espaces desmodontaux - les structures osseuses	Image à la densité optique, au contraste et à la résolution spatiale suffisants : - pour analyser correctement les tissus dentaires et les crêtes alvéolaires - pour permettre une parfaite visualisation des faces proximales des dents	- Cliché réalisé en bout-à-bout incisif - Sans agrandissement, ni raccourcissement du bloc incisif - Bon équilibre gauche / droite, sans rotation, ni inclinaison de la tête
Procédure 	- Centrage rigoureux du détecteur : <ul style="list-style-type: none"> en arrière de la zone à explorer ne doit pas déborder du plan occlusal de > 3 mm - Enfants : utiliser des films de dimensions plus réduites que le format 31 x 41 - Protection cervicale possible , surtout chez les enfants, si faisceau pouvant atteindre la glande thyroïde		- Assis ou debout - Dos le plus droit possible, cervicales dans l'alignement du tronc sans projection vers l'avant, épaules basses - En bout-à-bout incisif, plan d'occlusion légèrement incliné vers le bas - Pas de rotation de la tête , sauf cas d'asymétrie (recherche équilibre gauche / droite)

*Seules les 3 techniques radiographiques les plus utilisées au cabinet dentaire sont synthétisées ici. Cependant, le guide des indications et des procédures détaillent tous les types de radiographies exo et endo-buccales réalisés en odonto-stomatologie.

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélien Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

TRAITEMENT DE LA PARODONTITE DE STADE I-III

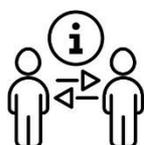
EUROPEAN FEDERATION OF PERIODONTOLOGY 2020

- Parodontite :

- **Maladie inflammatoire chronique multifactorielle** associée à une **dysbiose** du biofilm dentaire (plaque)
- **Destruction progressive des tissus de soutien dentaire**

- World Workshop, Chicago 2017 : **classification des maladies et affections parodontales** visant à établir un **lien entre classification de la maladie et approches préventives et thérapeutiques**
- Traitement de la parodontite I-III : **approche séquentielle pré-établie**
- Infections parodontales **associées à de nombreuses maladies systémiques** conduisant à un **décès prématuré** : ex : le diabète, les maladies cardiovasculaire, issue de la grossesse

Santé parodontale	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'inflammation : Bleeding on Probing : BOP < 10 % des sites • Absence de perte d'attache ou d'alvéolyse 	
Gingivite	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation gingivale : BOP ≥ 10 % des sites • Absence de perte d'attache <p><i>NB : Gingivite localisée : saignements dans 10 à 30 % des sites, généralisée : saignements > 30 % des sites</i></p>	
Parodontite	<ul style="list-style-type: none"> • Perte des tissus parodontaux de soutien : alvéolyse radiographique ou perte d'attache clinique interproximale • Nombre / Proportion de dents avec : <ul style="list-style-type: none"> - Profondeur de poche > 4 mm avec un BOP - et un BOP ≥ 6 mm • Nombre de dents perdues à cause de la parodontite • Nombre de dents avec lésions infra-osseuses • Nombre dents avec atteintes de la furcation. 	
Etat de santé gingivale sur un parodonte réduit	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois le traitement terminé • BOP < 10 % des sites • Poches peu profondes ≤ 4 mm • Absence de site de 4 mm avec BOP 	



- Pré-requis essentiels du traitement : **INFORMER - EXPLIQUER**

- Informer le patient du diagnostic, expliquer les causes de la maladie
- Expliquer les alternatives de traitement, y compris s'abstenir de traiter
- Les bénéfices attendus / risques

➔ Recueil du **consentement du patient** au **plan de soins personnalisés**



• Critères de définition des stades de la parodontite :

➔ Stades		Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Sévérité	CAL interdentaire au site de + grande perte osseuse	1 à 2 mm	3 à 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Alvéolyse radiographique	< 15% 1/3 coronaire	< 15 à 33% 1/3 coronaire	Se prolonge au 1/3 médian ou apical de la racine	
	Dents absentes pour raison parodontale	0		≤ 4	≥ 5
Comple- xité	Profondeur de sondage	≤ 4 mm	≤ 5 mm	≥ 6 mm	En + de la complexité du stade III : besoin en réhabilitation complexe en raison de : dysfonction masticatoire, trauma occlusal secondaire (mobilité ≥ 2), défaut crestal sévère, < 20 dents résiduelles (10 paires antagonistes)
	Perte osseuse	Principalement horizontale		Verticale ≥ 3 mm	
				En + de la complexité du stade II : - Atteinte de furcation de classe II ou III - Défaut crestal modéré	
Etendue		<ul style="list-style-type: none"> • < 30 % des dents atteintes : localisé • > 30% : généralisé 			

➔ Grades			Grade A : Progression lente	Grade B : Progression modérée	Grade C : Progression rapide
Critères primaires	Signes directs de progression	Perte d'attache (CAL) ou alvéolyse radiographique	Preuve d'absence sur 5 ans	< 2 mm sur 5 ans	≥ 2 mm sur 5 ans
	Signes indirects de progression	% alvéolyse / âge	< 0,25	0,25 à 1	> 1
		Phénotype du cas	Epais dépôt de biofilm / Faible niveau de destruction	Destruction proportionnel au dépôt de biofilm	Destruction non proportionnelle au dépôt de biofilm
Facteurs modifiant	Tabagisme	Non fumeur	< 10 cigarettes / jour	≥ 10 cigarettes / jour	
	Diabète	Normoglycémique / pas de diabète	HbA1c < 7%	HbA1c ≥ 7%	

➤ Critères de définition de stades de la parodontite

Notation du grade de recommandation	Description	Syntaxe
A	Forte recommandation	Recommandation
B	Recommandation	Suggestion
O	Recommandation ouverte	Envisageable

RECOMMANDATIONS CLINIQUES : PREMIERE ETAPE DE LA THERAPEUTIQUE

- **R.1.1.** Recommandation que les **mêmes consignes d'hygiène bucco-dentaire** visant à **contrôler l'inflammation gingivale** soient mises en œuvre **tout au long de la thérapie parodontale**, y compris pendant la phase de maintenance (*Grade A*)

- **R.1.2.** Recommandation d'insister sur l'**importance de l'hygiène bucco-dentaire** et d'**inciter** le patient parodontal à entreprendre des **modifications comportementales** en ce sens (*Grade A*)



- **R.1.3.** Les **méthodes psychologiques**, comme les entretiens motivationnels et la thérapie cognitive comportementale, **n'ont pas montré d'impact significatif** dans l'amélioration du comportement du patient (*Déclaration*)



- **R.1.4./ R.1.5.** Recommandation d'**éliminer mécaniquement la plaque par des moyens professionnels** (PMPR) et de **contrôler les facteurs rétentifs**, dans le cadre la première étape de la thérapie (*Grade A*)

- **R.1.6.** Recommandation de mettre en œuvre des **stratégies d'aide au sevrage tabagique** chez les patients bénéficiant d'une thérapie parodontale (*Grade A*)



- **R.1.7.** Recommandation de **prendre charge le contrôle du diabète** chez les patients bénéficiant d'une thérapie parodontale (*Grade A*)



- **R.1.8. / R.1.9. / R.1.10.** Incertitude :

- si des interventions visant à **augmenter l'exercice (activité) physique** (*Grade O*)
- si des **séances de conseil nutritionnel** (*Grade O*)
- si des interventions visant à **une perte de poids** par le biais de **modifications du style de vie** (*Déclaration*)



seraient susceptibles d'avoir un impact positif sur la thérapie parodontale

RECOMMANDATIONS CLINIQUES : DEUXIEME ETAPE DE LA THERAPEUTIQUE

- **R.2.1.** Recommandation d'utiliser une **instrumentation sous-gingivale** pour traiter la parodontite afin de **réduire** :
- la **profondeur des poches**,
 - l'**inflammation gingivale**
 - et le **nombre de sites pathologiques** (Grade A)



- **R.2.2.** Recommandation que l'instrumentation sous-gingivale parodontale soit réalisée **avec des instruments manuels ou motorisés** (soniques/ultrasoniques), **seuls ou combinés** (Grade A)

- **R.2.3.** Suggestion que l'instrumentation parodontale sous-gingivale soit **effectuée de manière conventionnelle, par quadrant, ou en bouche complète sur une période de 24 heures** (Grade B)

- **R.2.4.** Suggestion de **ne pas utiliser de lasers** comme adjuvants de l'instrumentation sous-gingivale (Grade B)

- **R.2.5. / R.2.6. / R.2.7. / R.2.9. / R.2.10. / R.2.11 / R.2.12.** : Recommandation de **ne pas utiliser**, comme adjuvant de l'instrumentation sous-gingivale :

- **d'aPDT adjuvante**, à des plages de longueurs d'ondes de 660-670 nm, ni 800-900 nm (Grade B)
- **de probiotiques** (Grade B)
- **localement de gels à base de statines** (atorvastatine, simvastatine, rosuvastatine)(Grade A)
- **localement de gels aux bisphosphonates (BP), ni de BP systémiques** (Grade A)
- **d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie systémique ou locale** (Grade A)
- **d'acides gras polyinsaturés (PUFA) omega-3** (Grade A)
- **localement de gel à la metformine** (Grade A)



- **R.2.8.** Suggestion de **ne pas utiliser de doxycycline systémique à dose sous-antimicrobienne** (SDD) comme adjuvant de l'instrumentation sous-gingivale (Grade B)

- **R.2.13.** Dans le cadre de la thérapie parodontale, dans certains cas spécifiques, **l'utilisation adjuvante d'antiseptiques peut être envisagée** en complément du débridement mécanique, en particulier **les bains de bouche à la chlorhexidine** pendant une période de temps limitée (Grade O)

- **R.2.14. / R.2.15.** **Peut être envisagée**, comme adjuvant de l'instrumentation sous-gingivale :
- **l'administration locale de chlorhexidine à libération prolongée** (Grade O)
 - **l'utilisation d'antibiotiques à libération prolongée, administrés localement** (Grade O)

- **R.2.16.**

A. En raison des préoccupations liées à la santé des patients et de l'impact de **l'utilisation systémique d'antibiotiques** sur la santé publique, **leur utilisation** en routine comme adjuvant du débridement sous-gingival chez les patients atteints de parodontite **n'est pas recommandée** (Grade A)

B. **L'utilisation adjuvante d'antibiotiques spécifiques systémiques peut être envisagée** pour certaines catégories spécifiques de patients (Ex : les jeunes adultes présentant une parodontite de stade III généralisée) (Grade O)



RECOMMANDATIONS CLINIQUES : TROISIEME ETAPE DE LA THERAPEUTIQUE



- R.3.1.

- En présence de **poches résiduelles profondes (PPD \geq 6 mm)** après la 1ère et 2ème étape de traitement parodontal, chez des patients atteints de parodontite de stade III, suggestion de réaliser une **chirurgie avec lambeau d'accès**.
- En présence de **poches résiduelles modérément profondes (4-5 mm)**, suggestion de **réitérer l'instrumentation sous-gingivale (Grade B)**

- **R.3.2.** La chirurgie parodontale peut être effectuée en utilisant **différents designs de lambeaux** : pas de recommandation d'une technique par rapport à une autre (Grade O)

- **R.3.3.** Dans les cas de **poches résiduelles profondes (PPD \geq 6 mm)**, après une **2ème étape thérapeutique adéquate**, suggestion d'utiliser une **chirurgie parodontale résectrice**, en tenant compte cependant de l'augmentation potentielle de la récession gingivale (Grade B)



- **R.3.4. Traitement chirurgical** souvent **complexe** : recommandation qu'il soit réalisé par un **dentiste ayant une formation complémentaire spécifique** ou **dans un centre spécialisé (Grade A)**

- **R.3.5.** En l'absence d'un niveau d'expertise suffisant et s'il n'est pas possible d'adresser le patient, à minima, recommandation de **répéter l'instrumentation sous-gingivale**, avec ou sans lambeau d'accès de la zone concernée, **complétée par une maintenance parodontale étroite**, comprenant une instrumentation sous-gingivale (Grade A)

- **R.3.6.** Recommandation de ne **pas réaliser de chirurgie parodontale (y compris implantaire)** chez les **patients ne parvenant pas à obtenir et conserver un niveau adéquat d'hygiène bucco-dentaire auto-administrée (Grade A)**



- **R.3.7.** Recommandation de **traiter les dents** présentant des **poches résiduelles profondes associées à des défauts intra-osseux \geq 3 mm** par **chirurgie parodontale régénératrice (Grade A)**

- **R.3.8.** En **thérapie régénératrice**, recommandation d'**utiliser des membranes barrières ou des dérivés de la matrice amélaire**, avec ou sans ajout de greffe osseuse ou matériaux de substitution osseuse (Grade A)

- **R.3.9.** Recommandation d'**utiliser des designs de lambeau spécifiques** permettant de **préserver au maximum les tissus mous interdentaires**, comme les lambeaux de préservation papillaire. Dans certaines circonstances, recommandation également de **limiter l'élévation d'un lambeau** afin d'**optimiser la stabilité de la plaie et réduire la morbidité (Grade A)**

- **R.3.10. / 3.11. / 3.12.**

- Recommandation que les **molaires présentant une atteinte de furcation de classe II et III et des poches résiduelles** bénéficient d'une **thérapie parodontale** (Grade A)
- **L'atteinte de furcation n'est pas un motif d'extraction** (Grade A)
- Recommandation de **traiter les molaires** :
 - **mandibulaires** avec **poches résiduelles associées à des atteintes de furcation de classe II** (Grade A)
 - **maxillaires** avec **poches résiduelles associées à une atteinte de furcation de classe II vestibulaire** par **chirurgie parodontale régénératrice** (Grade B)



- **R.3.13.** Recommandation de **traiter les molaires maxillaires ou mandibulaires avec poches résiduelles associées à une atteinte de furcation vestibulaire de classe II** par thérapie régénératrice parodontale en utilisant :

- un **dérivé de la matrice amélaire seul**
- ou une **greffe osseuse**
- ou des **matériaux de substitution osseuse** avec ou sans membranes résorbables (Grade A)

- **R.3.14. / 3.15. / 3.16.** Options envisageables dans :

les **atteintes de furcation de classe II interdentaires maxillaires** :

- **l'instrumentation non chirurgicale**
- **le lambeau avec incision intra-sulculaire** (OFD)
- **la régénération parodontale**
- **l'hémisection radiculaire**
- ou **la résection radiculaire** (Grade 0)

les **atteintes de furcations maxillaires et mandibulaires de classe III** et les **atteintes de classe II multiples sur la même dent** :

- **l'instrumentation non chirurgicale**
- **l'OFD**
- **la tunnelisation**
- **l'hémisection**
- ou **la résection radiculaire** (Grade 0)

RECOMMANDATIONS CLINIQUES : LA THÉRAPEUTIQUE PARODONTALE DE SOUTIEN (TPS)

➤➤➤ Fréquence de la Thérapeutique Parodontale de Soutien

- **R.4.1.** Recommandation d'organiser des rendez-vous de **TPS tous les 3 à 12 mois maximum**, adaptés au profil de risque et à la situation parodontale du patient (*Grade A*)

- **R.4.2.** Recommandation de **promouvoir fortement l'observance de la TPS**, essentielle pour la stabilité parodontale à long terme et la poursuite potentielle de l'amélioration du statut parodontal (*Grade A*)

- **R.4.3.** Recommandation de **fournir de manière répétée des consignes personnalisées d'hygiène bucco-dentaire mécanique**, notamment sur le **nettoyage des espaces inter-dentaires**, afin de contrôler l'inflammation et d'éviter des lésions potentielles pour les patients en TPS (*Grade A*)

➤➤➤ Matériel de brossage



- **R.4.4.** Recommandation de **tenir compte des besoins et préférences des patients** dans le **choix du design de la brosse à dents et de la brosse inter-dentaire** (*Grade A*)

- **R.4.5.** L'utilisation d'une **brosse à dents électrique** peut être envisagée comme **alternative à la brosse à dents manuelle** (*Grade O*)

- **R.4.6.** Recommandation, si possible d'un point de vue anatomique, que le **brossage soit complété par l'utilisation de brossettes inter-dentaires** (*Grade A*)

- **R.4.7.** **Pas d'utilisation du fil dentaire suggérée en 1ère intention** pour le nettoyage des espaces inter-dentaires (*Grade B*)

- **R.4.8.** Dans les espaces inter-dentaires qui ne peuvent être atteints par les brosses à dents, suggestion de **compléter le brossage par l'utilisation d'autres dispositifs inter-dentaires** (*Grade B*)

- **R.4.10.**

- **Élimination mécanique du biofilm** par le patient = **base de la prise en charge** de l'inflammation gingivale
- **Mesures adjuvantes, comme l'utilisation d'antiseptiques**, envisageables dans des cas spécifiques, dans le cadre d'une approche thérapeutique personnalisée (*Grade O*)

- **R.4.11.**

- **A. Utilisation adjuvante d'antiseptiques envisageables** pour, dans certains cas spécifiques, contribuer à contrôler l'inflammation gingivale (*Grade O*)
- **B. Incertitude autour d'une contribution efficace** à contrôler l'inflammation gingivale **d'autres agents adjuvants** (ex : probiotiques, prébiotiques, agents anti-inflammatoires...)(*Grade O*)

- **R.4.12.** Pour une utilisation adjuvante, suggestion d'utiliser des **dentifrices** contenant:

- de la **chlorhexidine**,
- du **triclosan-copolymère**
- et du **fluorure stanneux-hexamétaphosphate de sodium**

pour le contrôle de l'inflammation gingivale chez les patients parodontaux en TPS (*Grade B*)



- **R.4.13.** Pour une utilisation adjuvante, suggestion d'utiliser des **produits** contenant

- de la **chlorhexidine**,
- des **huiles essentielles**
- et du **chlorure de cétypyridinium**

pour le contrôle de l'inflammation gingivale chez les patients parodontaux en TPS (*Grade B*)



Autres méthodes d'élimination de la plaque ?

- **R.4.14.** Dans le cadre de la TPS, suggestion d'**effectuer en routine une élimination de la plaque par des moyens mécaniques professionnels** (PMPR) afin de:

- **limiter le taux de perte dentaire**
- et d'**obtenir une stabilité/amélioration parodontale** (*Grade B*)

- **R.4.15.** Suggestion de **ne pas remplacer l'élimination conventionnelle de la plaque par des moyens mécaniques professionnels** par l'utilisation de **méthodes alternatives** (traitement au laser Er:YAG) dans le cadre de la TPS (*Grade B*)

- **R.4.16.** Suggestion de **ne pas utiliser de méthodes adjuvantes** (dose sub-antimicrobienne de doxycycline, thérapie photodynamique) à l'élimination de la plaque par des moyens mécaniques professionnels (PMPR) dans le cadre de la TPS (*Grade B*)

Contrôle des risques

- **R.4.17.** Recommandation d'**interventions de contrôle des risques** chez les patients parodontaux en TPS (*Grade A*)

- **R.4.18.** Recommandation de **mettre en œuvre des méthodes visant l'arrêt du tabac** chez les patients TPS (*Grade A*)



- **R.4.19.** Suggestion de promouvoir des **interventions de contrôle du diabète** chez les patients parodontaux suivant une TPS (*Grade B*)



- **R.4.20.** Incertitude si l'**exercice (activité) physique, les conseils nutritionnels, ou les modifications de style de vie** avec pour **objectif une perte de poids**, sont pertinents dans le cadre de la TPS (*Grade D*)



RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT DES PARODONTITES STADE IV

EUROPEAN FEDERATION OF PERIODONTOLOGY 2022

Parodontite de stade IV

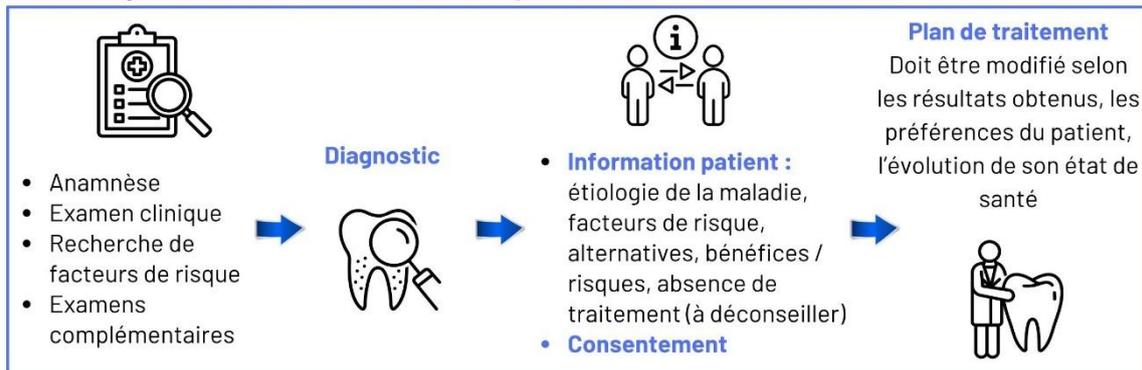


- **Mêmes caractéristiques de sévérité et de complexité que la parodontite de stade III**
- Signe pathognomonique : **conséquences anatomiques et fonctionnelles de la perte de dents et de la perte d'attache** (migrations dentaires,...)
- Complexité du traitement nécessitant une **approche pluri-disciplinaire**
- Si pas de traitement ou traitement inapproprié → **Risque de perte des dents résiduelles**

Critères différenciant la parodontite stade IV de la parodontite stade III

- Perte de dents de ≥ 5 aboutissant à **moins de 20 dents résiduelles** (< 10 paires antagonistes)
- **Dysfonction masticatoire**
- **Mobilité \geq grade 2**
- **Défaut crestal sévère**
- **Traumatisme occlusal**
- **Besoin en réhabilitation complexe**

- Pour une gestion efficace du traitement de la parodontite stade IV :



- 4 types de parodontite stade IV :

Type 1	Patient avec mobilités dentaires importantes , conséquence d'un traumatisme occlusal secondaire, pouvant être corrigées sans remplacement des dents . Continuum de prise en charge (sévérité et complexité) entre une parodontite stade III et une parodontite stade IV-Type 1
Type 2	Patient avec migrations dentaires pathologiques en mesure d'être corrigées par l'orthodontie
Type 3	Patients partiellement édentés : édentements pouvant être restaurés par voie prothétique sans réhabilitation complète de l'arcade.
Type 4	Patients partiellement édentés ayant besoin d'une réhabilitation complète des arcades, soit dento-, soit implanto-portée



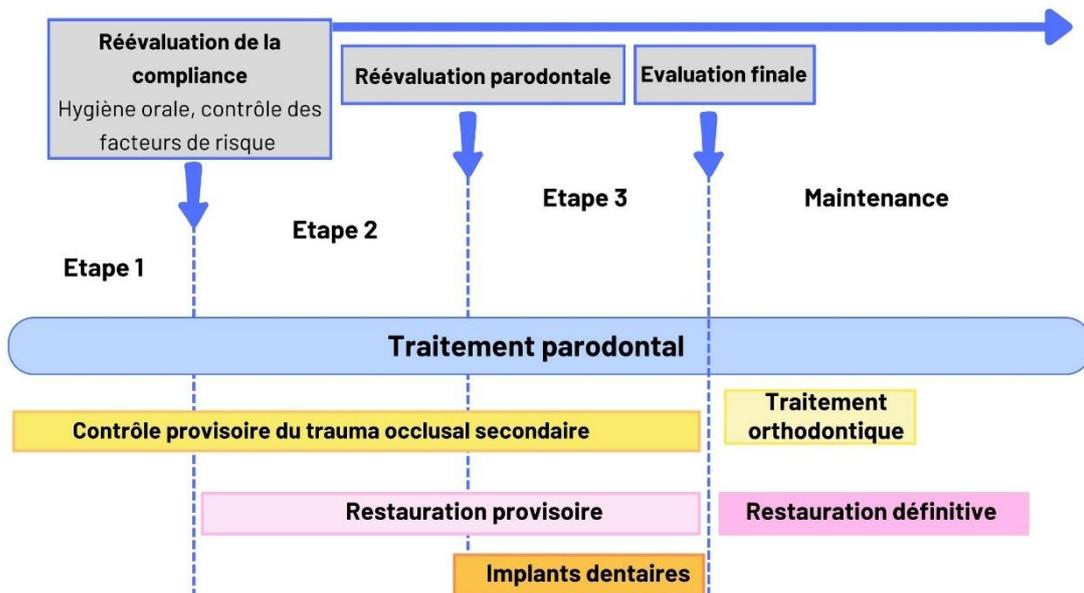


Figure : Séquences / délais appropriés pour la mise en œuvre des traitements d'orthodontie, de prothèse associés au traitement parodontal

Recommandations générales autour du traitement la parodontite de stade IV

<p>Avant de planifier le traitement</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir un pronostic dent par dent pour identifier nombre, répartition, support résiduel, capacité du patient à la maintenance parodontale et restauration possible des dents restantes - Conservation des dents en mesure d'être traitées et éviter l'extraction des dents au pronostic incertain
<p>Pendant le traitement</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre les recommandations de traitement des parodontites stade I-III - Parfois nécessité d'associer de l'orthodontie, une contention, des prothèses dentaires fixées ou amovibles et / ou dento- ou implanto-portées. - Evaluer régulièrement la motivation et l'observance des patients au contrôle de plaque supra-gingival et au contrôle des facteurs de risque - Restaurations <u>obligatoirement</u> conçues pour restaurer fonctions et esthétique tout en permettant une hygiène bucco-dentaire efficace et le nettoyage professionnel
<p>Après le traitement</p> 	<p>Maintenance parodontale : évaluer régulièrement la motivation et l'observance des patients au contrôle de plaque supra-gingival et au contrôle des facteurs de risque</p>

RECOMMANDATIONS CLINIQUES

»»» Stratégie globale de traitement

- **R.5.1.** Les parodontites stade IV peuvent être traitées avec succès en **associant**:

- **les thérapeutiques parodontales**
- **une réhabilitation appropriée des fonctions, améliorant l'esthétique / la qualité de vie**
- **et la maintenance** (Statement)



- **R.5.2.** La **conservation des dents** est **recommandée en 1ère ligne de traitement** dans la réhabilitation des patients avec une parodontite de stade IV (PIV) (Grade A).

- **R.5.3.** **Maintenir l'intégrité de l'arcade dentaire** en **évitant les extractions**, si l'état des dents le permet (Grade B).

»»» Patients avec parodontite stade IV Type 1

- **R.6.1.** La **contention temporaire** et / ou l'**ajustement occlusal sélectif des dents hypermobiles** pourra(en) être envisagé(s) à **toutes les phases de la thérapeutique parodontale** (particulièrement pendant la 1ère phase) pour **augmenter le confort** du patient et **faciliter le traitement parodontal** (Grade O).

- **R.6.2.** Pour les patients PIV **entièrement dentés** avec **mobilités accrues (perte d'attache avancée)** :

- qui **ne nécessitent pas de prothèse dentaire**
- pour lesquels certaines dents présentent **une hypermobilité persistante**
- ou dont la **mobilité s'accroît** à la fin de la thérapeutique parodontale

une contention sur le long-terme peut être envisagée pour améliorer le confort du patient (Grade O).



»»» Patients avec parodontite stade IV Type 2

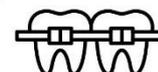
- **R.7.1.** Le traitement orthodontique (ODF) :

- **n'affecte pas significativement les résultats** au niveau parodontal (profondeur de poche - PPD et perte d'attache clinique - CAL).
- **n'affecte pas significativement l'inflammation gingivale** (Saignement au sondage - BOP) et la **récession gingivale**
- n'engendre **pas d'augmentation significative des résorptions radiculaires** (Grade B).



- **R.7.2.** Chez les patients PIV en succès thérapeutique et avec un besoin en ODF, **le traitement ODF peut être débuté une fois les objectifs de la thérapeutique parodontale atteints** :

- Aucun site avec une PPD = 5 mm et BOP
- Aucun site avec PPD ≥ 6 mm (Grade A)



- **R.7.5.** Recommandation chez les patients PIV **présentant un défaut infra-osseux** et nécessitant un traitement ODF, **de débiter le traitement ODF**. Le traitement combiné (parodontal + ODF) :

- **améliore significativement les résultats parodontaux** (gain de CAL augmenté, réduction de la PPD et gain au niveau de perte osseuse radiographique)
- et **réduit significativement l'inflammation gingivale** (BOP)

- Suggestion de **ne pas attendre pour débiter le traitement ODF à l'issue d'une intervention de régénération osseuse** : résultats comparables que le traitement ODF soit débuté rapidement (1 mois) ou à plus long-terme (6mois)(Grade A).

- **R.7.6.** Pour maintenir / améliorer les résultats parodontaux, il est suggéré :

- d'utiliser plutôt des **dispositifs ODF fixes plutôt qu'amovibles**
- de recourir à une **fibrotomie en complément de l'ODF**
- d'utiliser **des dispositifs d'ancrage osseux** (implants, ancrages temporaires - mini-vis, mini-plaques)(Grade B)



- **R.7.7.** Pour prévenir les récurrences (Grade A):

Pendant le traitement ODF	Après le traitement ODF
<p>- Etat parodontal suivi de près, idéalement à chaque rendez-vous ODF</p> <p>- <u>Si signes de récurrence</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stopper l'ODF active • Maintien passif de la / des dent(s) concernée(s), en parallèle d'un traitement parodontal adéquat et du renforcement des mesures d'hygiène orale <p>- <u>Quand santé parodontale retrouvée</u> : reprise du traitement ODF</p>	<p>- Thérapeutiques parodontales de soutien et contention ODF à vie</p> <p>- Soins <u>adaptés</u> aux besoins/profil de risque du patient</p>



- **R.7.8.** Pour stabiliser les résultats du traitement ODF, il est recommandé :

- **Une contention passive, permanente, fixe, personnalisée à vie** à l'issue du traitement ODF
- **Suivi des patients à vie** via un **programme de maintenance parodontale** afin d'identifier des signes précoces de rechute et / ou des mouvements dentaires indésirables (Grade B).

Patients avec parodontite stade IV Type 3 et 4

- **R.8.1.** Identification des besoins en restauration des patients PIV **édentés partiels** en fonction :

- du type d'édentement
- des besoins fonctionnels et esthétiques du patient
- de son confort
- des facteurs pronostiques



- **La réhabilitation prothétique doit être stable avec le temps** (Grade A)

- **R.8.2.** Recommandation de **poser des prothèses provisoires tôt** (quand nécessaires) au cours de la thérapeutique parodontale, une fois les **mesures d'hygiène orale appropriées** en place (*Grade A*)

- **R.8.3. Prothèses dentaires** conçues de sorte à permettre:

- les **mesures d'hygiène bucco-dentaires optimales**
- et l'**élimination mécanique professionnelle de la plaque**



- **Pose des prothèses définitives** après confirmation de la **stabilité de la maladie parodontale** et avoir défini le **pronostic des dents piliers / implants** (*Grade A*)

- **R.8.4.** Si des **implants dentaires sont envisagés**, recommandation de vérifier :

- l'**absence de contre-indications** à la chirurgie
- les **dimensions des tissus durs et mous**
- le potentiel **besoin d'augmentation des tissus durs et mous** (*Grade A*)



- **R.8.5.** Si des implants dentaires sont envisagés : recommandation d'**informer le patient du risque accru de péri-implantite et de perte de l'implant** (*Grade A*)

- **R.8.6.** Du fait du risque de pertes dentaires et d'échec prothétique, **éviter les prothèses partielles fixées dento-portées ou implanto-portées** s'il existe d'autres alternatives (*Grade B*)

➤ Patients avec parodontite stade IV Type 3

- **R.9.1.** Chez un patient PIV **édenté partiel**, avec un ou plusieurs édentements encastrés, dont la **conservation des dents résiduelles est possible** du fait d'un **support parodontal suffisant et une maintenance**, différentes options envisageables :

- prothèses fixées dento- ou implanto-portées
- prothèse amovible



ou aucune réhabilitation prothétique (*Grade 0*)

- **R.9.2.** Chez les patients PIV, suggestion de **recourir aux prothèses fixées dento-portées** lorsque les dents piliers sont conservables d'un point de vue parodontal et en mesure d'être restaurées

- **Prothèses fixées collées avec une résine envisageables** dans certaines circonstances, comme les **petits édentements encastrés** - NB : A éviter en cas de grands édentements encastrés (*Grade B*)

- **R.9.3.** Suggestion de recourir à des **prothèses fixées implanto-portées** quand **dents piliers non conservables** d'un point de vue parodontal **ou non restaurables** (*Grade B*)

- **R.9.4. Prothèses amovibles à armature métallique** envisageables comme option **transitoire ou définitive** si solution pas possible (*Grade 0*)

- **R.9.5.** Chez un patient PIV, pour la réhabilitation d'un **édentement partiel postérieur** (= arcade courte), différentes options envisageables :

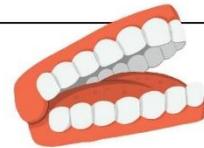
- **restaurations implanto-portées**
- **prothèse amovible** (Grade 0)

- **R.9.6.** Chez les patients PIV avec une **arcade courte mais coefficient masticoire suffisant** (ex : de la 2nde prémolaire à la 2nde prémolaire), on peut envisager de n'avoir **aucune action au niveau postérieur** (Grade 0)

- **R.9.7.**

- Chez les patients PIV avec une **arcade courte** et nécessitant des **dents supplémentaires pour l'occlusion** : prothèse fixée implanto-portée suggérée
- Si implants pas possibles : **prothèse amovible à armature métallique** suggérée (Grade B)

➤ Patients avec parodontite stade IV Type 4



- **R.10.1.** Chez les patients PIV avec un **nombre de dents** (≥ 4 dents piliers) **conservables d'un point de vue parodontal, bilatéralement distribués** et **restaurables** au maxillaire et/ou à la mandibule : **prothèse complète fixée dento-portée suggérée** (Grade B)

- **R.10.2.** Chez les patients PIV avec une **dentition compromise** et avec un **nombre / distribution insuffisants de dents conservables** d'un point de vue parodontal pour supporter une prothèse complète fixée dento-portée : **prothèse amovible complète dento-portée (overdenture)** à considérer (Grade 0)

- **R.10.3.** Chez les patients PIV chez qui la **conservation des dents est impossible**, chez qui des **implants dentaires sont prévus en nombre suffisant** (≥ 4), **distribués bilatéralement et de manière adéquate** au maxillaire et / ou à la mandibule : **prothèse fixée implanto-portée** suggérée (Grade B)

- **R.10.4.** Chez les patients PIV chez lesquels la **conservation des dents est impossible**, chez lesquels des **implants** de taille adéquate peuvent être utilisés, bien qu'**en nombre insuffisant et/ou dans une position inadéquate** pour soutenir une prothèse complète fixée : **prothèse complète amovible implanto-portée (overdenture)** à considérer (Grade 0)

RÉSULTATS A LONG-TERME DU TRAITEMENT D'UNE PARODONTITE STADE IV

- **R.11.1.** - Recommandation d'une **thérapeutique parodontale de soutien par un professionnel** :

- **tous les 3 mois** initialement **pour réduire les pertes dentaires à long-terme** (≥ 5 ans)
- **fréquence à moyen / long-terme à adapter à chaque patient** (Grade A) en fonction (**R.11.3**) :
 - de ses facteurs de risque individuels (ex : fumeur)
 - et des mesures cliniques associées à la maladie (profondeur de poche, saignement au sondage) (Grade A)



- **R.11.2.** Chez les patients avec une parodontite, la persistance de **poches résiduelles profondes (≥ 5 mm)** à la fin d'un traitement parodontal **augmente le risque de récurrence / progression**, même si le patient est intégré dans un programme de maintenance (Statement)

- **R.11.3.** Recommandation de définir la **fréquence de la thérapeutique parodontale de soutien** en fonction :

- des **facteurs de risque** du patient (ex : tabac, hyperglycémie)
- des **mesures cliniques** liés à la maladie (ex : profondeur de poche, saignement au sondage)

- **R.11.4.** Pour qu'un **traitement parodontal soit un succès**, recommandations :

- d'avoir des **rendez-vous dédiés** pour les **échanges**, les **évaluations**, les **séances de traitement...**
- d'**échanges bilatéraux** structurés entre professionnels de santé (médical et dentaire) et patient (Grade A)



- **R.11.5.** En cas de **récurrence de parodontite**, suggestion **de ne pas rajouter d'approches** en plus de l'instrumentation sous-gingivale (Grade B).

- **R.11.6.** Il n'y a **pas de preuve d'effets délétères liés à la thérapeutique parodontale** régulière à long terme, tels que la récession gingivale ou la perte d'attache clinique ; les données de la littérature n'excluent pas, cependant, la possibilité qu'ils surviennent. Les **patients devraient en être informés** dans le cadre de leur **consentement éclairé** (Grade 0).



- **R.11.7.** Un traitement parodontal régulier à long-terme chez un spécialiste peut entraîner :

- une **plus grande stabilité parodontale**
 - et une **meilleure conservation des dents sur arcade**
- comparé à un traitement chez un omni-praticien. (Grade 0)

IMPACT DU TRAITEMENT PARODONTAL SUR LA SANTE SYSTÉMIQUE ET LA QUALITÉ DE VIE

- **R.12.1/ R12.2/ R12.3.** Le traitement parodontal pourrait **améliorer** :

- **les marqueurs de l'inflammation systémique,**
- le risque cardio-vasculaires
- et les **risques métaboliques** chez les patients en bonne santé, sans comorbidité



- **R.12.4.** Il n'existe pas encore de preuve pour indiquer que le **traitement de la parodontite pendant la grossesse réduit les risques de naissances prématurées (< 37 semaines) et réduit d'autres désagréments de la grossesse (Grade 0).**

- **R.12.5.**

- Recommandation d'une **réhabilitation prothétique** chez les **patients édentés partiels avec au moins de 5 dents manquantes**, incluant les dents touchées par la parodontite, **pour améliorer la qualité de vie.**
- Réhabilitation des édentés partiels par des **prothèses dento-portées, fixées ou amovibles ou implanto-portées améliore la qualité de vie (Grade A).**



- **R.12.6.** Recommandation de **prothèse amovible complète** pour traiter les patients avec **édentements complets** (y compris ceux ayant perdu leurs dents du fait d'une parodontite) **(Grade A)**

- **R.12.7.** Suggestion de traiter les patients **édentés complets** (y compris ceux ayant une parodontite) **avec des prothèses amovibles complètes implanto-portées (overdenture)**, plutôt qu'avec des prothèse amovibles complètes conventionnelles **(Grade B)**

- **R.12.8.**

- Recommandation de **traiter prothétiquement les patients édentés complets** pour **améliorer leur état nutritionnel**



- Nous ne savons pas si **traiter un édentement complet** est associé à une **amélioration des fragilités, des fonctions cognitives ou d'autres bénéfiques sur la santé générale (Grade A)**

RECOMMANDATIONS ET PRESCRIPTION EN IMPLANTOLOGIE ORALE

HERRY C, DEMURASHVILI G. ET AL. INFORMATION DENTAIRE N°44 - 17 DÉCEMBRE 2014

- Les deux **acteurs de la réussite implantaire** sont le **praticien et le patient**.
- But des recommandations au patient : **le préparer psychologiquement** à l'intervention.
- Buts des prescriptions médicamenteuses : **réduire l'anxiété, prévenir l'infection, la douleur, l'inflammation** (oedème, trismus) et **assurer l'ostéo-intégration** des implants.



LES RECOMMANDATIONS AU PATIENT



“Le praticien doit délivrer au patient une information claire, détaillée et adaptée”
sur la conduite à tenir avant, pendant et après la chirurgie implantaire
Loi du 4 mars 2002



Il est recommandé d'**apporter verbalement l'information** lors d'une consultation pré-opératoire et, **éventuellement, de la compléter par un texte écrit.**



Un **consentement éclairé** doit être **signé** par le patient.

NB : Les recommandations opératoires figurent dans le modèle de fiche explicative pour le patient page suivante.



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

LES PRESCRIPTIONS

Toute prescription médicamenteuse doit être **justifiée** et **expliquée clairement au patient**.

► Prémédication sédatrice - *But. : prévenir l'anxiété / l'angoisse*

Anti-histaminique H1 Hydroxyzine Atarax® 25 mg, cp Atarax® 10mg/5 mL, sirop	- Préféré en odontologie car moins d'effets indésirables que les benzodiazépines Contre-indication (CI) : Glaucome et rétention urinaire	Posologie adulte : 1 mg/mg/jour Adulte de 50 kg : 2 cp la veille et 2 cp 1h avant l'intervention
Benzodiazépines Bromazépan Lexomil® 6 mg, comprimés	CI : Insuffisance respiratoire, hépatique sévère, myasthénie	Posologie Bromazépan : 1/4 cp le matin, à midi et 1/2 le soir puis posologie ajustée individuellement
Anxiolytiques	- Peu utilisés en odontologie (Effets secondaires : perte de vigilance, somnolence)	
MEOPA Mélange Equimolaire d'O2 et de Protoxyde d'Azote	- Effets anxiolytique, euphorisant et analgésique: sédation consciente - Alternative à l'anesthésie générale	- Délai d'action court : 3 min - Temps de récupération court - Peu de CI

► Antalgiques - *But. : Rendre le réveil moins douloureux en fin d'anesthésie et réduire ou éliminer la douleur post-op*

	Intensité de la douleur Echelle Visuelle Analogique	Molécule
Antalgiques périphériques non morphiniques de palier I	Douleur de faible intensité EVA de 1 à 3	Paracétamol*** : Doliprane® : 2 cp soit 1 g toutes les 4 à 6h systématiquement pendant 48h puis 1 à 2 cp en cas de douleurs sans dépasser 8 cp / j (soit 4g/j)
Antalgiques centraux morphiniques faibles de palier IIa	Douleur de moyenne intensité ou en cas d'échecs antalgiques de palier I EVA de 4 à 7**	Codéine associée au paracétamol Précautions : Altération de la vigilance, avec somnolence
Antalgiques centraux morphiniques moyens de palier IIb		Tramadol < 50 mg en association avec le paracétamol : Ixprim® 325mg paracétamol / 37,5mg tramadol : 2 cp toutes les 6h sans dépasser 8 cp / j
Antalgiques centraux opioïdes forts de palier III : généralement non prescrits en odontologie	Douleur de forte intensité ou en cas d'échecs antalgiques de palier II EVA de 4 à 7	Tramadol > 50 mg : Contramal® 50 mg : dose d'attaque de 100 mg suivie de 50 ou 100 mg toutes les 4 à 6h - Max 400 mg/j Morphine

** Pour des douleurs intenses ou insuffisamment calmées par les antalgiques précédents, recourir à l'association AINS (moins de 72h), paracétamol + codéine ou tramadol per os en prise systématique pendant une durée suffisante (Accord professionnel).

*** Résumés des caractéristiques du Paracétamol revus le 02/01/2025 par l'ANSM : désormais la posologie est de 1 g x 3/j avec des prises espacées de 4 h minimum. Uniquement sur avis médical et en l'absence de facteurs de risques concomitants, la posologie peut être augmentée à 4g/j chez les patients pesant au moins 50 kg (environ 15 ans)

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

➤ *Antibiotiques - But. : Réduire les risques d'infection et prévenir les complications post-op*

3 protocoles possibles :



Chirurgie implantaire sans antibiotique

Pas de pathologie systémique

- Expérimenté et
- chirurgie simple : 1 ou 2 implants, sans lambeau, sur un site sain

Protocole minimal : 1 seule dose de 2g d'amoxicilline 1 à 2h avant la chirurgie (si allergie, clindamycine 600 mg)

Patients immunodéprimés

- Expérimenté ou débutant et
- chirurgie complexe : 3 à 4 implants, avec lambeau, sur un site sain ou post-extractionnel sans infection

Protocole maximal :

1 dose 2h avant et jusqu'à 3 à 5 j après la chirurgie*

Patients immunodéprimés

- Débutant et
- chirurgie complexe : 5 implants et plus, avec lambeau, sur un site post-extractionnel infecté ou avec procédure d'augmentation des tissus mous ou durs



* **Antibiothérapie curative :** Amoxicilline 1g matin et soir soit 2g/j pendant 7 j - Si allergie aux pénicillines : Clindamycine 300 mg : 2 gélules matin et soir, soit 1 200 mg/j pendant 7 j ou Azithromycine 250 mg : 2 cp en 1 prise, soit 500 mg/j pendant 3 j ou Clarithromycine 500 mg : 1 cp matin et soir, soit 1 000 mg/j pendant 7 j

➤ *Anti-oedémateux (AINS ou glucocorticoïdes) - But. : Réduire les symptômes inflammatoires aigus (oedème et trismus)*



A prendre :

- per os **au moins 4h** avant l'acte chirurgical pour être efficace
- **en une fois le matin** pour respecter le pic de cortisol et réduire les insomnies potentielles



- L'activité antalgique modeste des corticoïdes justifie la **prescription associée d'antalgiques.**
- L'association à un AINS est déconseillée.



Pour des raisons pharmacocinétiques, préférer la **Prednisone 1 mg/kg/j - Solupred®**
Pour un adulte de 60 kg : 3 cp/j à commencer le matin de l'intervention pendant 3 j

FICHE EXPLICATIVE POUR LE PATIENT

➤ *Recommandations pré-opératoires*



1 semaine avant :

- **Arrêter de fumer** ou **diminuer à moins de 10 cigarettes / jour**
- puis **arrêt du tabac 8 semaines**



1 jour avant :

- **Bien dormir** avant l'intervention
- **Ne pas prendre d'aspirine, sauf** si traitement au long cours



Le matin de l'intervention :

- **Respecter les prescriptions**
- Idéalement, **bien petit-déjeuner**
- **Alcool déconseillé** le jour J

➤ *Recommandations per-opératoires*

- **Venir accompagné** (surtout si prémédication sédatrice)

- **Eviter de se maquiller**

- **Se présenter 30 minutes avant l'intervention pour se préparer :**

- Prévoir une tenue confortable : vous porterez une blouse jetable, une charlotte et des sur-chaussures.
- Nettoyer le visage, retirer les prothèses amovibles et faire un bain de bouche antiseptique à la chlorhexidine 0,12% avant d'entrer dans la salle d'intervention

- **En salle d'intervention :**

- Installation sur le fauteuil, des champs opératoires recouvriront votre corps et votre visage.
- Pendant l'intervention : rester immobile, ne pas passer les mains au-dessus des champs stériles
- Après l'intervention : observation 30 minutes, voire plus si nécessaire



➤ *Recommandations post-opératoires*

Pour favoriser une cicatrisation rapide et diminuer les risques de complications

- **Respecter les prescriptions**

- **Repos** : éviter toute activité fatigante pendant 2 à 3 jours (j), légère fatigue normale durant 1 à 3 j.

- **Glace** : mettre une poche de glace sur la joue pendant les 20 min après l'intervention. Eviter la chaleur exo- et endobuccale (pas de boisson chaude) pendant 2 j.

- **Hygiène buccale stricte** : après chaque repas, avec une brosse à dents souple et bains de bouche 1 sem.

- **Alimentation** :

- Attendre la disparition de l'anesthésie avant de manger (risque de morsures)
- Manger froid ou tiède, mou ou semi-liquide pendant au moins 1 semaine (ex : Purée, pâtes, laitages...)
- Eviter les aliments acides ou épicés, retour progressif à une alimentation normale

- **Eviter de cracher, de forcer l'ouverture buccale, de passer la langue sur la plaie ou d'aspirer**

- **Alcool et tabac contre-indiqués** pendant 2 semaines

- **Prothèse amovible** :

- 3 à 4 sem : Ne porter la prothèse ni pour manger, ni la nuit, possible pour les sorties (raisons esthétiques)
- Après 1 mois : Peut être de nouveau porter pour mâcher, nettoyer rigoureusement après chaque repas



Suites opératoires normales

- Saignement :

- Un saignement discret est normal le 1er jour. S'il persiste, nettoyer la région avec une compression sèche, la plier en 4 et mordre dessus fermement pendant 30 minutes
- Eviter de cracher ou de vous rincer la bouche, cela aggrave l'hémorragie.
- Si cela ne suffit pas, contacter le cabinet dentaire.



- Oedème :

- Votre joue va enfler, avec un maximum à 48h.
- Un hématome de la joue / du cou peut survenir dans les jours qui suivent l'intervention (fréquent, sans gravité, disparaîtra sous 1 semaine, appliquer de la pommade type Hemoclar sur la joue pour le prévenir)

- **Fièvre** : modérée, fréquente pendant 24 à 48h

- **Limitation de l'ouverture buccale** : Fréquente pendant quelques jours

- **En cas de manifestation anormale** : Contacter le cabinet dentaire



CORTICOÏDES ET COVID-19

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORALE 2020

Situation 1

En chirurgie orale, les **corticoïdes par voie générale** sont indiqués pour **réduire les complications inflammatoires** associées à certains actes, en particulier **vis-à-vis du nerf alvéolaire inférieur** (avulsions 3èmes molaires incluses basses, implants mandibulaires postérieurs, énucléation de kyste de la mandibule ...). Cette prescription, généralement d'**1 mg/kg/j équivalent prednisolone, est de courte durée** (3 à 5 j).

 **Patients indemnes de COVID-19**

Prescription de corticoïdes par voie générale
ni contre-indiquée, ni restreinte ✓

Patients suspects d'infection ou COVID-19 avéré 

Surseoir la prescription ✗

Situation 2

En médecine orale, les corticoïdes sont prescrits **sous plusieurs formes, topiques** (crème ou pommade, tablettes, bains de bouche) **ou par voie générale** (orale ou parentérale) pour certaines affections de la muqueuse buccale.

▶▶▶ **En topique, l'absorption** systémique est négligeable.

 **Patients indemnes de COVID-19**

Prescription de corticoïdes topiques **ni contre-indiquée, ni restreinte** ✓

Patients suspects d'infection ou COVID-19 avéré 

▶▶▶ **Par voie générale**, la prescription de corticoïdes est le plus souvent de **courte durée**, c'est-à-dire inférieure à 10 jours, à une posologie de **1 mg/kg/j équivalent prednisolone**.

 **Patients indemnes de COVID-19**

Prescription de corticoïdes par voie générale
ni contre-indiquée, ni restreinte ✓

Patients suspects d'infection ou COVID-19 avéré 

Surseoir la prescription ✗

Si la prescription par voie générale de corticoïdes est **de plus longue durée** (toujours chez un patient indemne de suspicion d'infection à COVID-19), donc **supérieure à 10 jours**, le **rapport bénéfice/risque doit être soigneusement étudié et les alternatives privilégiées**.



TRAITEMENT DE LA PULPE ET DE LA PATHOLOGIE APICALE

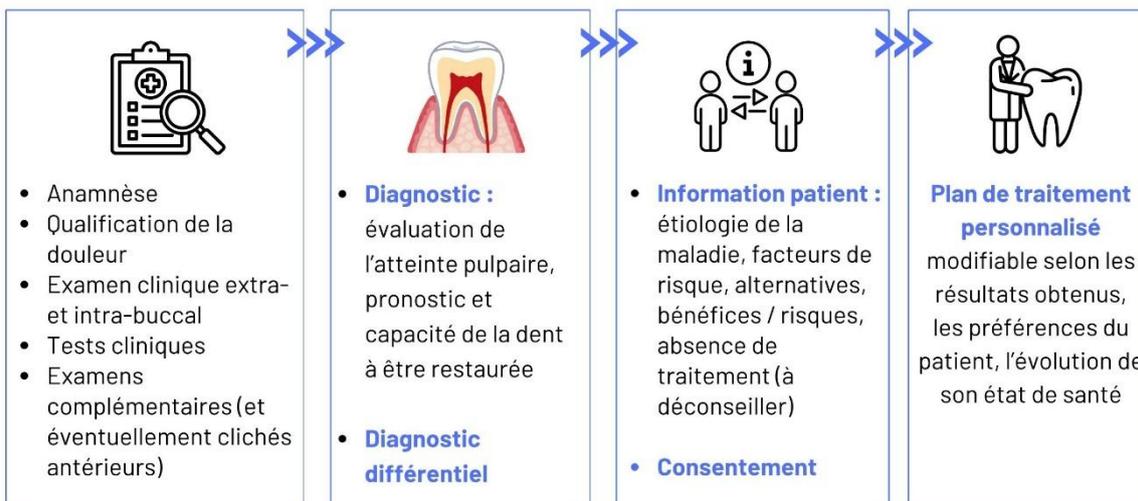
EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY (ESE) 2023

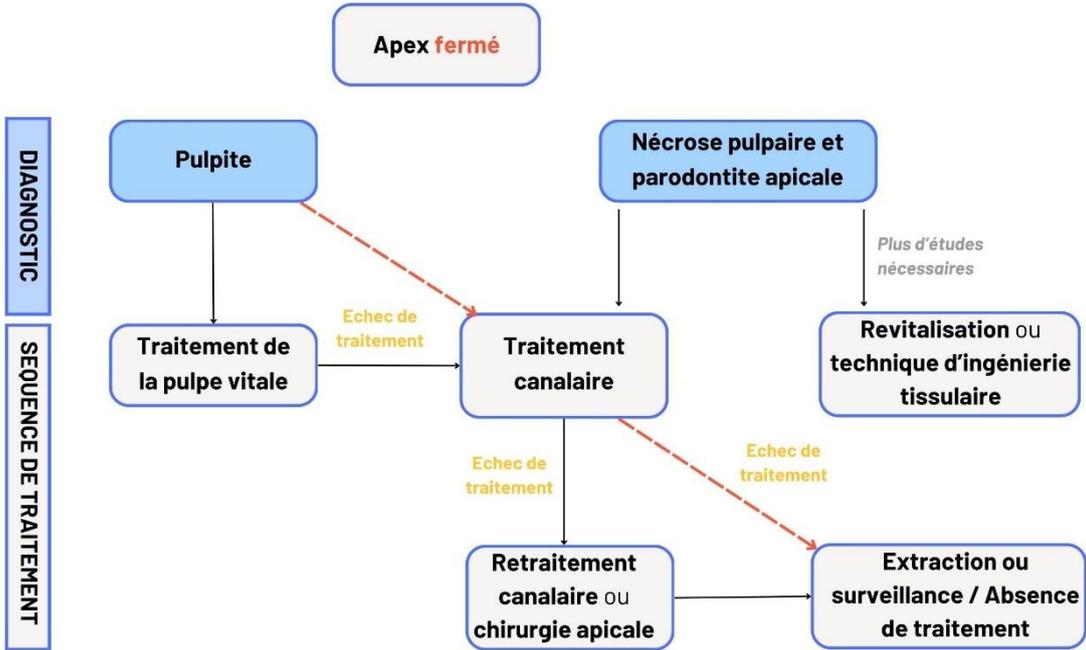
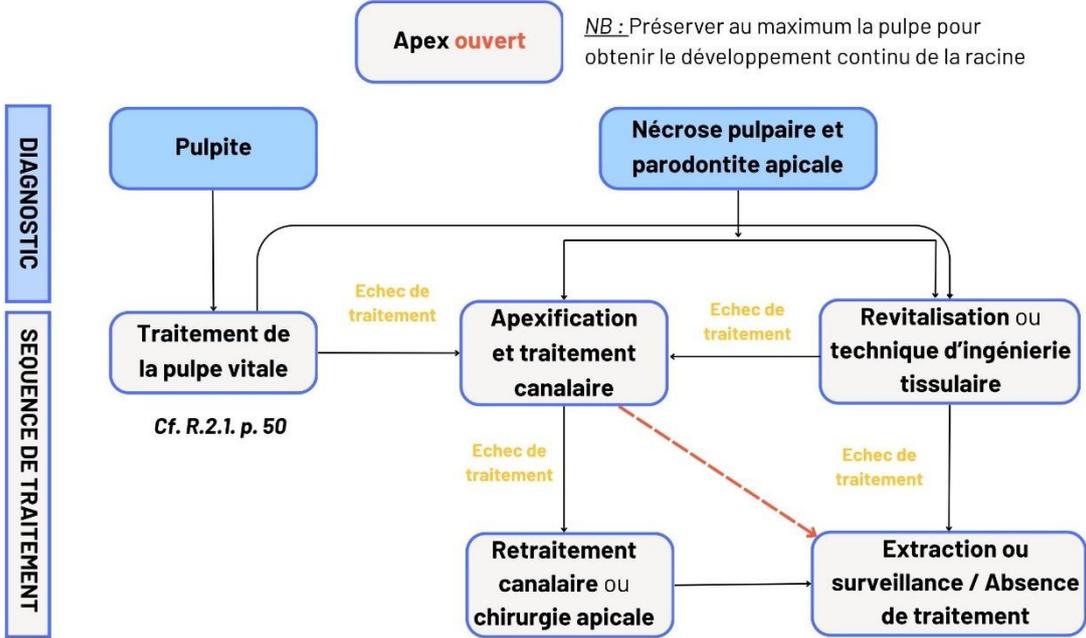


- **Pulpite** : inflammation de la pulpe due à une blessure ou une infection
- **Parodontite apicale** : Inflammation et destruction du tissu péri-radriculaire liées à une étiologie d'origine endodontique, souvent conséquence d'une nécrose pulpaire

- Patients cibles de ces recommandations :

- avec **lésions carieuses profondes** ou **restaurations profondes**,
- avec **pulpite (symptomatique ou non)** et **parodontite apicale (symptomatique ou non)**
- avec **dents immatures traumatisées**,
- **après échec du traitement endodontique antérieur** et **signes de maladie pulpaire ou apicale**.





Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélie Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

RECOMMANDATIONS : STRATÉGIE GLOBALE DE GESTION DES PATIENTS AVEC PULPITE OU PARODONTITE APICALE

Pour la prise en charge avec succès des **dents restaurables atteintes de pulpite**, recommandation soit :

- d'un **traitement de la pulpe vitale**
- d'un **traitement canalaire**

avec restauration des fonctions et soins post-opératoires plutôt qu'une extraction (*Forte*)

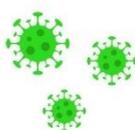


Pour la prise en charge avec succès des **dents restaurables atteintes de parodontite apicale**, recommandation d'un **traitement canalaire** avec restauration des fonctions et soins post-opératoires plutôt qu'une extraction (*Forte*)

Pour la prise en charge **en urgence** des **dents restaurables atteintes de pulpite symptomatique ou de parodontite apicale**, recommandation :

- d'un **traitement de la pulpe vitale**
- d'un **traitement canalaire**

plutôt qu'une extraction ou d'une prescription d'antibiotiques systémiques (*Forte*)



Pour le **traitement non chirurgical** des **expositions pulpaire**s, de la **pulpite** et de la **parodontite apicale**, recommandation d'utiliser une **technique d'aseptie minutieuse** et des **conditions chirurgicales optimales** incluant :

- **la digue dentaire,**
- **un bon éclairage**
- et le recours à des **aides optiques avec grossissement** (*Forte*)

Pour le **traitement chirurgical** de la **parodontite apicale**, recommandation d'utiliser une **technique d'aseptie minutieuse** et des **conditions chirurgicales optimales** incluant :

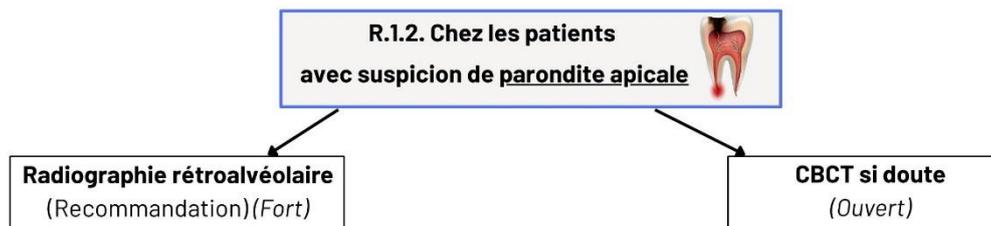
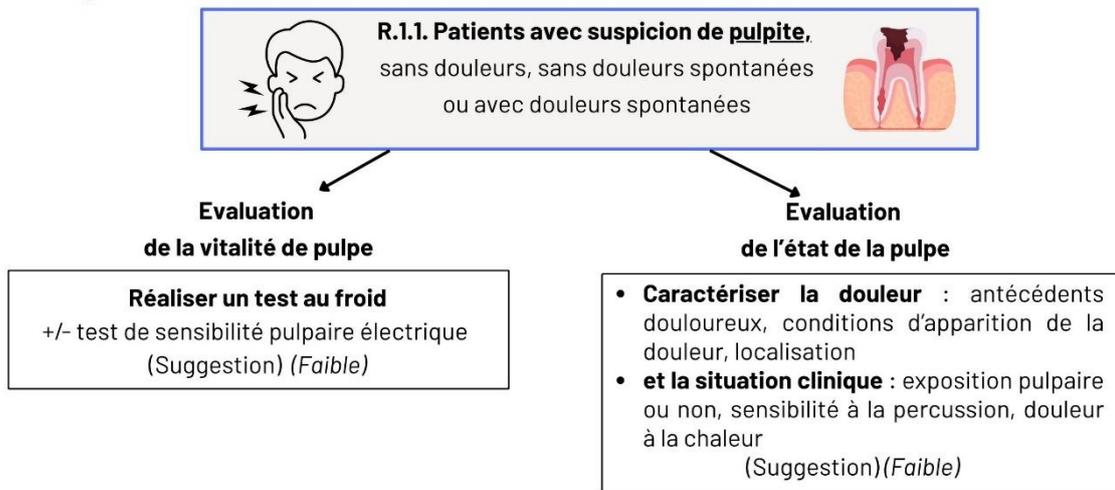
- **un bon éclairage**
- et le recours à des **aides optiques avec grossissement** (*Forte*)

Pour les **traitements non chirurgicaux complexes**, incluant les retraitements difficiles, et pour le **traitement chirurgical de la parodontite apicale**, suggestion de **suivre une formation universitaire** (*Faible*)

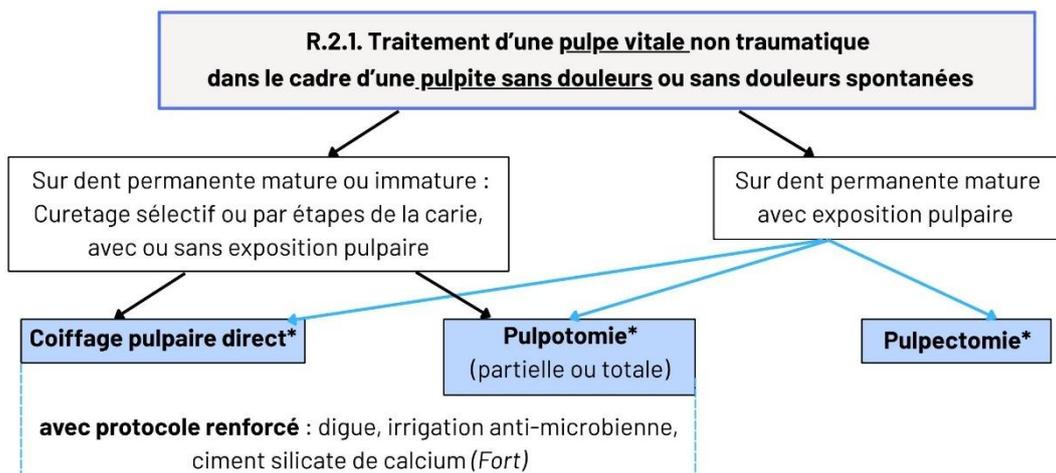


Après **traitement de la pulpe vitale** suite à une pulpite ou après **traitement chirurgical ou non chirurgical de la parodontite apicale**, recommandation de faire un **suivi pendant une longue période**, et de la **prolonger si doute** concernant la guérison (*Forte*)

Diagnostique



Traitement de la pulpite



*peuvent être envisagés (Fort)

R.2.2. Pour les patients avec une **pulpite** non traumatique **avec douleurs spontanées** au niveau d'une **dent permanente**, suggestion de traiter soit par :

- **un traitement canalaire**
- **une pulpotomie totale** (*Faible*)

R.2.3. Suggestion de réaliser le **traitement canalaire d'une dent à une pulpe nécrosée** dès le **diagnostic confirmé** (*Faible*)

»»» *Traitement non chirurgical de la pulpite*

R.3.1. Pour les **dents permanentes immatures avec pulpe nécrosée** avec ou sans parodontite apicale, peuvent être envisagées :

- la **réalisation d'un bouchon apical**
- ou la **revitalisation** (*Ouverte*)

R.3.3. Dents permanentes avec parodontite apicale : suggestion de **préparer le logement canalaire** avec des **instruments en nickel-titane (NiTi)** (*Faible*)

R.3.4. Dents permanentes asymptomatiques avec **parodontite apicale** : **tout type d'instrument NiTi** peut être envisagé pour la préparation du **logement canalaire** (*Ouverte*)

R.3.5. / R.3.6. Dents permanentes avec parodontite apicale :

- une **irrigation par NaOCl** (1 à 5,25%) puis par **EDTA suivi d'un rinçage final au NaOCl** (1 à 5,25%) peut être envisagée (*Ouvert*)
- si procédure clinique scrupuleusement respectée, recommandation de **réaliser le traitement en une seule séance, sans utilisation d'hydroxyde de calcium en inter-séances** (*Forte*)
- Peuvent être envisagés pour l'**obturation du canal** :
 - **Gutta-Percha et ciment** par **compaction latérale à froid** ou **compaction verticale à chaud** avec un ou plusieurs cônes (*Ouvert*)
 - **Gutta-Percha en combinaison avec l'un des ciments suivants** : résine epoxy, ZOE ou silicate de calcium (*Ouvert*)

R.3.7. Dents permanentes **matures à pulpe nécrosée avec ou sans parodontite apicale** : suggestion de **ne pas utiliser de procédure de revitalisation** (*Faible*)

»»» Traitement chirurgical de la parodontite apicale

R.4.1. Dents permanentes avec parodontite apicale :

- Les données scientifiques suggèrent une absence de différence entre l'efficacité de :

- **la chirurgie apicale**
- **le traitement canalaire non chirurgical**
- **le retraitement**

sur le plan clinique, radiologique et des résultats pour le patient.

- Si **traitement canalaire** et **retraitement impossibles : chirurgie apicale à considérer (Ouvert)**

R.4.2. / R.4.3 / Dents permanentes avec parodontite apicale :

- Il n'existe **pas de données comparant l'efficacité des techniques de résection canalaire**

- vs le **retraitement canalaire non chirurgical**
- ou la **chirurgie apicale**



- Les **techniques de résection canalaire** ne sont **pas considérées comme une alternative** au **retraitement canalaire non chirurgical** ou à la **chirurgie apicale (Faible)**

- Il n'existe **pas de données comparant l'efficacité de la réimplantation intentionnelle**

- vs **le traitement / retraitement canalaire non chirurgical**
- ou la **chirurgie apicale**



- La **réimplantation intentionnelle de la dent** n'est **pas considérée comme une alternative** en routine au **traitement / retraitement canalaire non chirurgical** ou à la **chirurgie apicale (Faible)**

RECOMMANDATION DES SCELLEMENTS DE SILLONS DES MOLAIRES TEMPORAIRES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE 2017

Scellement de sillons : Traitement considéré dans la maladie carieuse. 2 types :

➤➤➤ **Cario-préventif** en prévention de nouvelles lésions carieuses

Prévention primaire

➤➤➤ **Interceptif non invasif** = scellement thérapeutique quand il vise à prévenir la progression d'une lésion carieuse

Prévention secondaire

Systématiquement indiqués pour prévenir et intercepter les lésions carieuses non-cavitaires **des dents permanentes, leur indication sur les dents temporaires est discutée.**

MESSAGES CLÉS

Efficacité des scellements de sillons pour prévenir les lésions carieuses



Les molaires temporaires saines pourraient être scellées avec des matériaux de scellement résine (*présomption scientifique*).

Aucun essai comparatif de dents scellées vs absence de scellement n'a inclus de molaires temporaires affectées par une lésion carieuse : il n'est donc pas possible de se prononcer sur leur rôle interceptif.

Comparaison de différents traitements non-invasifs



Le scellement des molaires temporaires avec un matériau de scellement résine serait plus efficace dans la prévention de nouvelles lésions carieuses qu'une application semestrielle locale de vernis fluoré 5% (*présomption scientifique*), d'après un seul essai randomisé à risque de biais faible.

Choix du matériau de scellement



Le scellement des molaires temporaires pourrait être réalisé avec un composite fluide après utilisation d'un système adhésif en remplacement d'un matériau de scellement à base de résine, d'après un seul essai randomisé à risque de biais incertain.

Conclusion

La décision de scellement des dents temporaires, traitement non remboursé, doit être envisagée **au cas par cas et obligatoirement associée à un suivi régulier** de l'enfant.



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

LE FLUOR EN PRÉVENTION PRIMAIRE

RECOMMANDATIONS DU COLLÈGE DES ENSEIGNANTS EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE 2021

- ~ **30% des dents temporaires** sont atteintes d'une **lésion cavitaire non traitée**.
- **Prévention de la maladie carieuse possible en maintenant en permanence une faible concentration de fluor** dans la cavité buccale.
- Choix des vecteurs de fluor (dosage, rythme d'application) en fonction de **l'âge et du risque carieux**.

APPORTS TOPIQUES DE FLUOR



Les **dentifrices fluorées** jouent un **rôle majeur en prévention primaire** :

- Seuls topiques recommandés quel que soit l'âge et le risque carieux du patient
- Le plus simple vecteur d'apport d'ions fluorures dans la cavité buccale
- Le plus économique de tous les apports topiques

Le brossage biquotidien avec un dentifrice fluoré d'au moins 1 000 ppm prévient la maladie carieuse (Niveau d'évidence élevé - Grade fort).

Les **verniss à 22 600 ppm** sont les **seuls topiques fluorés à usage professionnel efficaces** sur dents temporaires et permanentes et utilisables dès l'âge de 1 an :

- Rythme d'administration recommandé : 2 fois par an (voire 4 fois si carie de la petite enfance) ;
- Ne pas manger ni boire pendant au moins 30 minutes après l'application et si possible durant 2 à 4 heures (ou se reporter à la notice du produit utilisé). Ne pas brosser les dents le jour de l'application.

L'application bi-annuelle d'un vernis fluoré d'au moins 22 600 ppm chez un enfant à risque carieux élevé prévient la maladie carieuse (Niveau d'évidence élevé - Grade fort).



Les bains de bouche **fluorés** sont :

- utilisés quand il n'y a pas d'autres topiques fluorés professionnels
- à faire à distance du brossage afin d'obtenir des apports répétés de fluor
- déconseillés avant l'âge de 6 ans (risque d'ingestion)

Le rinçage quotidien ou hebdomadaire avec un bain de bouche fluoré à 0,05% ou 0,2% prévient la maladie carieuse (Niveau d'évidence faible)

Conclusion

Le dentifrice fluoré devant être systématiquement utilisé, un 2ème topique fluoré, si possible le **verniss d'au moins 22 600 ppm, est recommandé en cas de risque carieux élevé**. L'utilisation d'un **3ème topique fluoré n'a pas montré un intérêt supérieur**.



	Dès les 1ères dents temporaires à 2 ans	Enfants de 2 à 3 ans	Enfants de 3 à 6 ans	Enfants à partir de 6 ans
Risque carieux faible	Trace de dentifrice* 1 000 ppmF		Petit pois de dentifrice* 1 000 ppmF	Dentifrice 1 450 ppmF sur le tiers à la moitié de la surface de la brosse à dents junior puis adulte
Risque carieux élevé	Trace de dentifrice* 1 000 ppmF	Petit pois de dentifrice* 1 000 ppmF	Petit pois de dentifrice* 1 450 ppmF	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 10 ans : 2 400 à 2800 ppmF • A partir de 16 ans : 5 000 ppmF
Brossage	2 fois par jour environ 2 min - Recracher les excès de dentifrice, sans se rincer la bouche			
	Réalisé par un adulte		Supervisé et contrôlé par un adulte jusqu'à 8 ans	

* Dans la largeur de la brosse à dents enfant

Fig 1: Recommandations d'utilisation du dentifrice fluoré en fonction de l'âge et du risque carieux



APPORTS SYSTÉMIQUES DE FLUOR

Après bilan des apports fluorés, les gouttes ou comprimés de fluor peuvent être recommandés chez les enfants à risque carieux élevé, quand un accès correct aux topiques fluorés n'est pas possible.

NB : Cette information est à modérer avec les données actuelles :

- Le fluor topique présente un intérêt supérieur au fluor systémique en période post-éruptive.
- Toute prescription de fluor systémique doit être précédée d'un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor justifiant leur utilisation.

ppmF : Partie par million de fluor

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES BLESSURES TRAUMATIQUES DENTAIRES

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE TRAUMATOLOGIE DENTAIRE 2020



- **Blessures traumatiques dentaires** (BTD) fréquentes chez enfants et jeunes adultes :
 - 25% des écoliers ont eu l'expérience d'un traumatisme dentaire
 - 33% des adultes ont eu un traumatisme sur la dent définitive - la plupart avant 19 ans
- **Blessure de luxation** : les plus fréquentes dans la denture temporaire
- **Fractures coronaires** : les plus fréquente pour les dents permanentes

Dents temporaires : conditions particulières des traumas

- Enfant jeune souvent considéré comme **difficile à examiner / traiter, manque de coopération**
- **Situation stressante** pour parents et enfant



- **Rapport intime** entre l'**apex de la dent temporaire** et le **germe** de la dent permanente sous-jacent



- Conséquences possibles des blessures sévères sur la dent et/ou os alvéolaire :

- **Malformations dentaires**
- **Dents impactées**
- **Eruption perturbée**



- Facteurs pouvant influencer le traitement :

- **Maturité** de l'enfant / **Capacité à coopérer**
- **Temps** sous lequel la dent temporaire va **tomber naturellement**
- **Occlusion**



Dents permanentes immatures

- **Préserver la pulpe au maximum** pour assurer la **poursuite du développement radiculaire**
- **Capacité considérable à se cicatriser** suite à :
 - une exposition pulpaire traumatique
 - un traumatisme de luxation
 - une fracture radiculaire



Expulsion des dents permanentes

- Traitements et pronostic dépendant :
 - de l'**action réalisée sur le lieu de l'accident**
 - de la **viabilité des ligaments parodontaux** et de la **maturité de la racine**

Instructions pour le patient / parent

- **Bonne observance** aux RV de contrôle et aux **soins à domicile** ➔ Meilleure cicatrisation
- **Hygiène orale rigoureuse**
- Rincer la bouche ou appliquer à la compresse un agent antibactérien à la **chlorhexidine sans alcool 0,12% pendant 1 à 2 semaines**

DENTS PERMANENTES : RÉGIMES DE SUIVI



- **Suivi obligatoire** après une blessure traumatique
- Chaque RV de contrôle doit comprendre:
 - Un **questionnaire** concernant tout signe ou symptômes ressenti par le patient
 - Un **examen clinique et radiologique**
 - Un **test de vitalité pulpaire**
- **Documentation photographique fortement recommandée** (élément médico-légal)



	S2	S4	S6-8	M3	M4	M6	M12	Tous les ans pour au moins 5 ans
Fissure / Craquelure de l'émail	Pas de suivi							
Fracture amélaire			✓ ^α				✓ ^α	
Fracture amélo-dentinaire			✓ ^α				✓ ^α	
Fracture coronaire			✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	
Fracture corono-radulaire			✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Fracture radulaire (1/3 moyen : 1/3 radulaire)		✓ ^{*α}	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Fracture radulaire (1/3 coronaire)		✓ ^α	✓ ^α		✓ ^{*α}	✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Fracture alvéolaire		✓ ^{*α}	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α

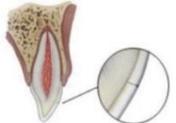
	S2	S4	S6-8	M3	M4	M6	M12	Tous les ans pour au moins 5 ans
Concussion		✓ ^α					✓ ^α	
Subluxation	✓ ^{*α}			✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	
Extrusion	✓ ^{*α}	✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Luxation latérale	✓ ^α	✓ ^{*α}	✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Intrusion	✓ ^α	✓ ^{*α}	✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Expulsion (Dent mature)	✓ ^{*α}	✓ ^α		✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α
Expulsion (Dent immature)	✓ ^{*α}	✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α		✓ ^α	✓ ^α	✓ ^α

* : Ablation de la contention

α : Radiographie recommandée même sans signes cliniques ou symptômes

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

	Fissure amélaire	Fracture coronaire simple impliquant seulement l'émail	Fracture coronaire simple impliquant émail et dentine
			
Définition	Fracture incomplète (craquelure) de l'émail <u>sans</u> perte de structure dentaire	Fracture coronaire limitée à l'émail <u>avec</u> perte de structure dentaire	Fracture coronaire limitée à l'émail et à la dentine sans exposition pulpaire
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de sensibilité à la percussion ou la palpation - Mobilité normale - TSP normalement positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte amélaire - Pas d'exposition dentinaire - Mobilité normale - TSP normalement positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de sensibilité à la percussion ou la palpation - Mobilité normale - TSP normalement positif
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire en parallèle - Radiographies supplémentaires si signes / symptômes cliniques ou blessures 		
	Pas d'anomalie radiographique	<ul style="list-style-type: none"> - Perte amélaire visible - Si fragment perdu et présence de blessures des tissus mous : radiographies des joues et / ou lèvres 	
Traitement	<div style="text-align: center;"></div> <p>Si fissure importante, mordançage et application d'un adhésif à envisager pour éviter la discoloration et la contamination bactérienne de la fissure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si fragment réutilisable, le coller sur la dent - Les bords peuvent être adoucis ou restaurés avec de la résine composite 	<ul style="list-style-type: none"> - Si fragment réutilisable, le coller sur la dent. Si déshydraté, le tremper dans de l'eau ou du sérum physiologique pendant 20 minutes avant le collage - Absence du fragment : couvrir la dentine exposée avec un CVI ou un adhésif et une résine composite - Si dentine exposée à 0,5 mm de la pulpe, mettre de l'hydroxyde de calcium et couvrir avec un CVI - Remplacer la restauration temporaire par un matériau adapté dès que possible
Résultats favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - TSP positif - Edification radiculaire continue si dents immatures 		
		- Bonne qualité de restauration	

TSP : Test de sensibilité pulpaire

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

	Fracture coronaire complexe	Fracture coronoradiculaire simple	Fracture coronoradiculaire complexe
			
Définition	Fracture touchant l'émail et la dentine <u>avec exposition pulpaire</u>	Fracture impliquant l'émail, la dentine et le cément - s'étend sous le bord libre gingival	Fracture impliquant l'émail, la dentine, le cément <u>et la pulpe</u> - s'étend sous le bord libre gingival
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de sensibilité à la percussion ou la palpation - Mobilité normale - Pulpe exposée sensible aux stimulations (ex : air, froid, sucre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Percussion sensible - Fragment coronal, mésial ou distal souvent présent et mobile - TSP normalement positif <p><i><u>NB</u> : Evaluer l'étendue de la fracture : supra ou infra-gingivale</i></p>	
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire en parallèle - Si fragment perdu et présence de blessures des tissus mous : radiographies des joues et / ou lèvres pour rechercher fragments ou petits objets 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Perte amélaire visible - Radiographies supplémentaires si signes / symptômes cliniques ou blessures 	<ul style="list-style-type: none"> - Extension apicale de la fracture souvent invisible - 2 rétro-alvéolaires avec angulations différentes - CBCT peut être indiqué en 2ème intention 	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dent immature</i> (Apex ouvert) = primordial de préserver la pulpe ou racine formée : pulpotomie partielle ou coiffage pulpaire direct - Si inlay-core nécessaire sur dent mature: traitement endo - Si fragment disponible : traiter la pulpe exposée, réhydrater le fragment et le recoller - Absence du fragment : couvrir la dentine exposée avec un CVI ou un adhésif + résine composite puis remplacer la restauration temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Avant tout</u> : stabilisation temporaire du fragment mobile à la dent adjacente ou au fragment stable à tenter - Si pulpe non exposée : ablation du fragment coronal ou mobile et restauration de la dent à considérer - Couvrir la dentine exposée avec un CVI ou un adhésif et une résine composite 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dent immature</i> (Apex ouvert) = primordial de préserver la pulpe : pulpotomie partielle à tenter sous digue (défi !) - <i>Dent mature</i> : ablation de la pulpe souvent indiquée - Couvrir la dentine exposée avec un CVI ou un adhésif + résine composite
	<p><i><u>Options futures</u> : selon l'âge et la coopération du patient : égression orthodontique, chirurgicale, traitement endo...</i></p>		
Résultats favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - TSP positif - Bonne qualité de restauration - Edification radiculaire continue si dent immature 		<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - TSP positif - Bonne qualité de restauration

TSP : Test de sensibilité pulpaire

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélien Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

	Fracture radiculaire	Fracture alvéolaire
		
Définition	Fracture de la racine impliquant la dentine, la pulpe et le cément. Peut être horizontale, oblique ou une combinaison des 2	Fracture impliquant l'os alvéolaire et pouvant s'étendre à l'os adjacent
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Segment coronal peut être mobile et pourrait être déplacé - Sensibilité à la percussion possible - Possible saignement du sulcus - TSP parfois négatif initialement 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture alvéolaire complète - Mobilité du segment / déplacements de plusieurs dents - Interférences occlusales - Dents dans le secteur fracturé : possible absence de réponse au TSP
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire en parallèle - 2 rétro-alvéolaires avec angulations différentes - Radiographie occlusale - CBCT peut être indiqué en 2ème intention 	
Traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Si déplacé, replacer le fragment coronal dès que possible et vérifier le repositionnement à la radiographie - Stabiliser le fragment coronal mobile avec une contention passive et flexible pendant <u>4 semaines</u>. Si fracture au collet, prolonger le temps de la stabilisation <u>jusqu'à 4 mois</u> - Plus tard, si nécrose pulpaire ou infection, souvent dans le fragment coronaire seul : traitement endodontique indiqué - <u>Dents matures</u> : ablation du fragment coronal suivie du traitement endodontique et restauration par prothèse fixée - <u>Options futures</u> : égression orthodontique, chirurgicale, extractions... 	<ul style="list-style-type: none"> - Repositionnement de tous les fragments déplacés - Stabiliser le segment par une contention passive et flexible pendant <u>4 semaines</u> - Sutures des éventuelles lacérations gingivales - Traitement endodontique contre-indiqué au RV d'urgence
Résultats favorables 	<ul style="list-style-type: none"> - TSP positif mais faux positif possible pendant quelques mois. Pas de traitement canalaire sur les résultats de ce test. - Signes de réparation entre les 2 fragments - Mobilité normale ou légèrement au-delà de la mobilité physiologique du fragment coronal 	<ul style="list-style-type: none"> - TSP positif mais faux positif possible pendant quelques mois - Pas de signe d'infection ou de nécrose pulpaire - Cicatrisation des tissus mous

TSP : Test de sensibilité pulpaire

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

	Concussion	Subluxation	Extrusion
			
Définition	Blessure au niveau des structures soutenant la dent <u>sans</u> déplacement de la dent	Blessure au niveau des structures soutenant la dent <u>avec</u> assouplissement anormal sans déplacement de la dent	Déplacement de la dent hors de son alvéole en direction axiale
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité normale - Sensibilité à la percussion et au toucher - TSP normalement positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité accentuée - Sensibilité au toucher - TSP parfois négatif initialement - Pas de déplacement - Possible saignement du sulcus 	<ul style="list-style-type: none"> - La dent apparaît plus longue - Mobilité accrue de la dent - Probablement absence de réponse au TSP
Imagerie, analyses radiographiques	- Radiographie rétro-alvéolaire en parallèle		
	- Radiographies supplémentaires si signes / symptômes cliniques ou blessures		<ul style="list-style-type: none"> - 2 radiographies supplémentaires avec angulations différentes - Espace ligamentaire augmenté - Dent plus siégée dans son alvéole et apparaît plus longue
	- Une radiographie occlusale		
Traitement	Pas de traitement nécessaire		Repositionner doucement la dent sous anesthésie locale
		<ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser la dent par une contention flexible et passive pendant 2 semaines possible, uniquement si mobilité excessive ou sensibilité en mangeant 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser la dent par une contention flexible et passive pendant 2 semaines. Si fracture de l'os marginal, <u>ajouter 4 semaines.</u> - Si nécrose ou infection : traitement endodontique
	- Surveiller l'état pulpaire pendant minimum 1 an		
Résultats favorables	<ul style="list-style-type: none"> - TSP positif mais faux positif possible pendant quelques mois. - Pas de traitement canalair sur les résultats de ce test. - <u>Dents immatures</u> : formation continue de la racine 		
	- Lamina dura intacte		<ul style="list-style-type: none"> - Signes cliniques et radiographiques normaux ou convalescence du parodonte - Pas de perte de l'os marginal
	- Asymptomatique		

TSP : Test de sensibilité pulpaire

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

	Luxation latérale	Intrusion
		
Définition	Déplacement latéral de la dent	Déplacement apical de la dent
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Dent déplacée, souvent en palatin / lingual ou vestibulaire, souvent associée à une fracture de l'os alvéolaire - Dent fréquemment immobile - Son métallique aigu à la percussion 	<ul style="list-style-type: none"> - Dent déplacée axialement dans l'os alvéolaire - Dent immobile - Son métallique aigu à la percussion - Probable non réponse au TSP
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire en parallèle - 2 radiographies supplémentaires avec angulations différentes - Une radiographie occlusale 	
	Espace desmodontal élargi	Espace desmodontal pas ou partiellement visible
Traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Repositionnement doux de la dent en la désengageant de sa position verrouillée sous anesthésie locale - Stabiliser la dent par une contention flexible et passive <u>pendant 4 semaines</u> - TSP à chaque visite de contrôle - 2 semaines post-trauma : évaluation endodontique : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dents immatures</u> : revascularisation spontanée ou traitement endodontique en cas d'infection / résorption externe • <u>Dents matures</u> : traitement endodontique après antibiotique-corticoïde ou hydroxyde de calcium en intra-canaulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Dents immatures</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Attendre la ré-éruption spontanée, quel que soit le degré d'intrusion. Si échec <u>sous 4 semaines</u>, repositionnement orthodontique (ODF) • Revascularisation possible • Si nécrose ou infection : traitement endodontique • TSP à chaque visite de contrôle - <u>Dents matures</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Intrusion < 3 mm : attendre la ré-éruption spontanée. Si échec <u>sous 8 semaines</u>, repositionnement chirurgical avec <u>contention 4 semaines</u> sinon repositionnement ODF • Intrusion de 3 à 7 mm : repositionnement chirurgical préféré sinon ODF • Intrusion > 7 mm : repositionnement chirurgical • Traitement endo <u>sous 2 semaines</u> ou dès que possible après antibiotique-corticoïde ou hydroxyde de calcium en intra-canaulaire - Information parents de la nécessité de RV de suivi
Résultats favorables 	Asymptomatique, signes cliniques / radiographiques normaux ou convalescence du parodonte, TSP positif mais faux positif possible quelques mois, édification radiculaire continue des racines pour les dents immatures	Asymptomatique, dent dans sa position initiale ou en ré-éruption, <i>lamina dura</i> intacte, TSP positif mais faux positif possible quelques mois. Pas de traitement canalaire sur les résultats de ce test. Pas de signe de résorption radiculaire, édification radiculaire continue pour les dents immatures

TSP : Test de sensibilité pulpaire

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

Expulsion

- L'une des blessures **les plus sévères**
- **Prise en charge de l'urgence rapide et correcte essentielle** pour obtenir les meilleurs résultats
- **Réimplantation :**
 - Traitement de choix de la plupart des situations : doit être tentée
 - Non indiquée en cas de lésions carieuses avancées, maladie parodontale, handicap requérant une sédation, états médicaux sévères (immunodépression, maladies cardiaques sévères)
- **Importance de l'information et du consentement du patient / parents / tuteur-trice**

Premiers soins pour dents expulsées sur le lieu de l'accident

Information du public par les dentistes

- **Dent permanente expulsée = situation d'urgence réelle**
- **La réimplantation immédiate est le meilleur traitement sur le lieu de l'accident**
- Si pas possible : conserver la dent dans un milieu adapté

Conduite à tenir

- Maintenir le patient au calme
- Encourager le patient / accompagnant à la réimplantation immédiate
- S'assurer qu'il s'agit bien d'une dent permanente
- **Saisir la dent par la couronne** sans toucher la racine et la replacer immédiatement
- Si dent souillée : **la rincer doucement** dans du lait, du sérum physiologique ou dans la salive du patient et la réimplanter dans sa position initiale
- **Faire mordre** sur une compresse/ mouchoir / serviette pour maintenir la dent en place
- Si réimplantation impossible sur le lieu de l'accident :
 - Mettre la dent dès que possible dans un récipient immédiatement disponible pour éviter la déshydratation de la surface radiculaire
 - Préférence de conservateurs : **1. Lait**, 2. Solution saline équilibrée, 3. Salive, 4. Sérum physiologique, 5. Eau
- Consulter un dentiste immédiatement



Options de traitement

- Dépend de la **maturation de la racine** (apex ouvert ou fermé) et de **l'état des cellules des ligaments parodontaux (LPD)**
- **3 groupes** de cellules des LPD **aux pronostics différents :**
 - *Vraisemblablement viables* : implantation immédiate ou < 15 min
 - *Peut-être viables mais compromises* : conservation dans un récipient adapté et durée totale extra-alvéolaire < 60 min
 - *Vraisemblablement non-viables* : temps de déshydratation extra-alvéolaire > 60 min, même si conservées dans un récipient de conservation



DENTS PERMANENTES

Expulsion - Cas des dents à apex **FERME**

Réimplantation immédiate ou durée extra-alvéolaire <15 min	Durée extra-alvéolaire entre 15 et 60 min	Durée extra-alvéolaire > 60 min
--	--	---



<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer la zone traumatisée avec de l'eau, du sérum physiologique ou de la chlorhexidine - Vérifier la bonne position de la dent cliniquement et radiologiquement - Anesthésie locale, si nécessaire, sans vasoconstricteur - Repositionner la dent si besoin jusqu'à 48h après le traumatisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Si contamination apparente, enlever les débris : <ul style="list-style-type: none"> • en rinçant la surface radiculaire avec du sérum physiologique • en secouant doucement le récipient dans lequel est la dent - Poser ou laisser la dent dans un environnement de conservation pendant le recueil des antécédents, l'examen clinique et radiologique, la préparation du patient à la réimplantation - Anesthésie locale sans vasoconstricteur de préférence - Irriguer l'alvéole avec du sérum physiologique stérile - Si fracture du mur alvéolaire : repositionner le fragment fracturé - Ôter le caillot avec un courant de sérum physiologique pour un meilleur positionnement - Réimplanter la dent <u>lentement</u> avec une pression digitale <u>douce</u>, sans forcer - Vérifier la bonne position de la dent cliniquement et radiologiquement
<ul style="list-style-type: none"> - Stabiliser la dent avec une contention passive et flexible <u>2 semaines</u> (fil jusqu'à 0,4 mm) (pas de nylon chez l'enfant avec peu de dents permanentes) - 4 semaines si fracture alvéolaire ou de mâchoire - Suturer si lacérations gingivales - Commencer le traitement endodontique dans les 2 semaines suivants la réimplantation - Administrer un antibiotique systémique - Vérifier la vaccination contre le tétanos - Consignes post-opératoires - Suivi 	

- **Pronostic médiocre à long terme** de la réimplantation différée
- Résultat attendu : **résorption radiculaire de remplacement** ou **ankylose**
- Objectif de la réimplantation : **Restaurer** de façon temporaire **l'esthétique et la fonction**
- Réimplantation : **presque toujours la meilleure décision** pour plus d'options de traitement plus tard
- Si **ankylose et infra-position** : information des parents autour de la **décoronation** ou d'autres procédures comme l'auto-transplantation

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélie Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS PERMANENTES

Expulsion - Cas des dents à apex OUVERT

Réimplantation immédiate ou
durée extra-alvéolaire <15 min

Durée extra-alvéolaire
entre 15 et 60 min

Durée extra-alvéolaire
> 60 min



Idem à la dent à apex fermé

Idem à la dent à apex fermé

Idem à la dent à apex fermé

A la place de "Commencer le traitement endodontique dans les 2 semaines suivants la réimplantation"

- **Objectif : revascularisation de l'espace pulpaire (pouvant conduire à une édification radiculaire continue)**
- **Si pas de revascularisation spontanée : apexification, revitalisation / revascularisation de la pulpe ou traitement endodontique** à commencer dès nécrose pulpaire ou infection constatée

DENTS TEMPORAIRES : REGIMES DE SUIVI

	S1	S4	S8	M3	M6	M12	Âge de 6 ans
Fracture amélaire	Pas de suivi						
Fracture amélo-dentinaire			✓				
Fracture coronaire	✓		✓			✓	
Fracture corono-radriculaire	✓		✓			✓	
Fracture radriculaire	✓	✓*	✓			✓	
Fracture alvéolaire	✓	✓*α	✓			✓	✓

	S1	S4	S8	M3	M6	M12	Âge de 6 ans
Concussion	✓		✓				
Subluxation	✓		✓				
Extrusion	✓		✓			✓	
Luxation latérale	✓	✓*	✓		✓	✓	
Intrusion	✓		✓		✓	✓	✓
Expulsion	✓		✓				✓

* : Ablation de la contention

α : Radiographie recommandée même sans signes cliniques ou symptômes

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS TEMPORAIRES

	Fracture amélaire	Fracture amélo-dentinaire	Fracture coronaire complexe
			
Définition	Fracture impliquant seulement l'émail	Fracture impliquant l'émail et la dentine, <u>sans</u> exposition pulpaire	Fracture impliquant l'émail et la dentine, <u>avec</u> exposition pulpaire
Imagerie, analyses radiographiques	Pas de radiographie recommandée	- Radiographie rétro-alvéolaire de référence optionnelle - Faire une radiographie des tissus mous si fragment fracturé à risque d'être enfoui au niveau des joues et / ou lèvres et / ou langue	
Traitement	Polir tout bord pointu	Recouvrir toute la dentine exposée avec du CVI ou un composite	- Préserver la pulpe par une pulpotomie partielle sous anesthésie locale : application d'hydroxyde de calcium au contact de la pulpe (ou silicate de calcium) à couvrir avec un CVI puis une résine composite - Traitement en fonction de la maturité de l'enfant et de sa coopération : options (dont pulpotomie) à discuter avec les parents - Traitement par une équipe orientée en odontologie pédiatrique (OP) - L'abstention : souvent la meilleure option en situation d'urgence, uniquement si possibilité d'adressage sous quelques jours aux pédodontistes
	- Education patient / parent : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Repas</u> : attention à ne pas traumatiser davantage la dent tout en encourageant le retour à la fonction normale dès que possible • Favoriser la cicatrisation gingivale par une <u>hygiène bucco-dentaire rigoureuse</u> : nettoyage de la zone affectée avec une brosse souple ou une compresse imbibée de bain de bouche à la chlorhexidine 0,1-0,2% 2 fois / jour pendant 7 jours en topique 		
Résultats favorables 	- Asymptomatique - Cicatrisation pulpaire : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne de couleur normale • Pas de signe de nécrose ni d'infection • Edification radiculaire continue pour les dents immatures 		

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS TEMPORAIRES

	Fracture corono-radulaire	Fracture radulaire
		
Définition	Fracture simple (pulpe non exposée) ou complexe (pulpe exposée) impliquant émail, dentine et racine	Fracture de la racine
Signes cliniques		Dépend de la localisation de la fracture : - Fragment coronaire parfois mobile et déplacé - Parfois interférence occlusale
Imagerie, analyses radiographiques	- Radiographie rétro-alvéolaire de référence optionnelle - Radiographie occlusale	
Traitement 	<p>- L'abstention : souvent la meilleure option en situation d'urgence, uniquement si possibilité d'adressage sous quelques jours aux pédodontistes</p> <p>- Si traitement envisagé ➔ Anesthésie locale</p> <p>- Retirer le fragment mobile et évaluer la couronne</p> <p><u>Option A :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si <u>réparable et pas d'exposition pulpaire</u> : couvrir la dentine exposée de CVI • Si <u>réparable et pulpe exposée</u> : cf. <i>fractures coronaires complexes</i> ou traitement endo, dépendant du stade de développement radulaire et le niveau de la fracture <p><u>Option B :</u> Si <u>irréparable</u> : retirer tous les fragments mobiles en préservant la dent permanente sous-jacente. Laisser tout fragment radulaire <i>in situ</i>, ou extraire la dent entière.</p>	<p>- Si <u>fragment coronaire non déplacé</u> : pas de traitement nécessaire</p> <p>- Si <u>fragment coronaire déplacé et peu mobile</u> : attendre repositionnement spontané, même si quelques interférences occlusales</p> <p>- Si <u>fragment coronaire déplacé, très mobile et avec interférences occlusales</u>, 2 options sous anesthésie locale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Option A</u> : extraire le fragment coronaire et laisser le fragment apical pour être résorbé • <u>Option B</u> : Repositionnement doux du fragment coronaire. Si toujours instable, contention flexible <u>4 semaines</u>
Résultats favorables 	<p>- Asymptomatique</p> <p>- Cicatrisation pulpaire : Couronne de couleur normale, pas de signe de nécrose ni d'infection, édification radulaire continue pour les dents immatures</p>	<p>- Réalignement de la dent avec la fracture</p> <p>- Absence de mobilité</p> <p>- Résorption du fragment apical</p>

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélie Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

DENTS TEMPORAIRES

Fractures alvéolaires



Définition	Fracture impliquant l'os alvéolaire (vestibulaire et palatin / lingual) et pouvant s'étendre à l'os adjacent
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité et délocalisation du segment avec plusieurs dents qui bougent possibles - Souvent, interférence occlusale
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire de référence optionnelle - Radiographie occlusale <p>Téléradiographie possible pour informations complémentaires</p>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Repositionnement sous anesthésie locale de tout segment déplacé mobile et/ou provoquant une interférence occlusale - Stabilisation par une contention flexible <u>4 semaines</u> collée aux dents adjacentes non traumatisées - Traitement par une équipe orientée en odontologie pédiatrique (OP) <p>- Education patient / parent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Repas</u> : attention à ne pas traumatiser davantage la dent tout en encourageant le retour à la fonction normale dès que possible • Favoriser la cicatrisation gingivale par <u>une hygiène bucco-dentaire rigoureuse</u> : nettoyage de la zone affectée avec une brosse souple ou une compresse imbibée de bain de bouche à la chlorhexidine 0,1-0,2% 2 fois / jour pendant 7 jours en topique
Résultats favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - Cicatrisation pulpaire : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne de couleur normale • Pas de signe de nécrose ni d'infection • Edification radiculaire continue pour les dents immatures - Cicatrisation parodontale - Réalignement du segment alvéolaire avec restitution de l'occlusion originelle - Pas de perturbation au développement et/ou à l'éruption du successeur permanent

DENTS TEMPORAIRES

	Concussion	Subluxation	Extrusion
			
Définition / Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité normale - Sensibilité au toucher - Pas déplacement - Pas de saignement dans le sulcus 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité accentuée - Sensibilité au toucher - Pas de déplacement - Possible saignement dans le sulcus 	<ul style="list-style-type: none"> - La dent apparaît plus longue - Déplacement partiel de la dent en dehors de son alvéole - Interférence occlusale
Imagerie, analyses radiographiques	Pas de radiographie recommandée	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire - Radiographie occlusale 	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de traitement nécessaire - Observation 		<ul style="list-style-type: none"> - Décisions de traitement basées sur le degré de déplacement, la mobilité, de l'interférence occlusale, de la formation de la racine et de la coopération de l'enfant - <u>Si pas d'interférence occlusale</u> : attendre le repositionnement spontané - <u>Si dent très mobile ou extrudée > 3 mm</u> : extraire sous anesthésie locale - Traitement par une équipe orientée en odontologie pédiatrique (OP)
	<ul style="list-style-type: none"> - Education patient / parent : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Repas</u> : attention à ne pas traumatiser davantage la dent tout en encourageant le retour à la fonction normale dès que possible • Favoriser la cicatrisation gingivale par <u>une hygiène bucco-dentaire rigoureuse</u> : nettoyage de la zone affectée avec une brosse souple ou une compresse imbibée de bain de bouche à la chlorhexidine 0,1-0,2% 2 fois / jour pendant 7 jours en topique 		
Résultats favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - Cicatrisation pulpaire : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne de couleur normale • Pas de signe de nécrose ni d'infection • Edification radiculaire continue pour les dents immatures - Pas de perturbation au développement et/ou à l'éruption du successeur permanent 		<ul style="list-style-type: none"> - Réalignement de la dent extrudée - Pas d'interférence occlusale
			

DENTS TEMPORAIRES

	Luxation latérale	Intrusion	Expulsion
			
Définition / Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement latéral de la dent, en direction palatin / lingual ou vestibulaire - Pas de mobilité - Possible interférence occlusale 	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement axial de la dent - Disparition quasi-complète de la dent dans son alvéole et palpation possible en vestib. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dent hors de son alvéole - Dent perdue à localiser : hors bouche, enfouie dans les tissus mous, inhalée, ingérée, aspirée ?
Imagerie, analyses radiographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie rétro-alvéolaire - Radiographie occlusale 		
	Augmentation de l'espace desmodontal apicalement	<ul style="list-style-type: none"> - Si apex déplacé vers ou par l'os en vestibulaire : extrémité apicale visible et la dent apparaît plus courte - Si apex déplacé vers le germe sous-jacent, extrémité apicale invisible et la dent apparaît plus longue 	
Traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Si pas ou minime interférence occlusale</u> : attendre le repositionnement spontané (souvent sous 6 mois) - <u>Déplacement sévère</u> : 2 options sous anesthésie locale : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Option A</u> : Extraction si risque d'ingestion ou d'aspiration • <u>Option B</u> : Repositionnement doux. Si toujours instable, contention flexible de <u>4 semaines</u> - Traitement par une équipe orientée en OP 	<ul style="list-style-type: none"> - Attendre le repositionnement spontané, quelle que soit la direction du déplacement (souvent sous 6 mois mais peut parfois prendre 1 an) - Renvoi rapide à une équipe orientée en odontologie pédiatrique (OP) 	<p>- Les dents temporaires expulsées ne doivent pas être réimplantées</p>
	- Education patient / parent : cf. Concussion / Subluxation		
Résultats favorables 	- Pas de perturbation au développement et/ou à l'éruption du successeur permanent		
	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique, cicatrisation pulpaire (Couronne de couleur normale, pas de signe de nécrose ni d'infection, dents matures : édification radiculaire continue, cicatrisation parodontale) 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Réalignement - Occlusion normale 	Ré-éruption / Réalignement	

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

CHIRURGIE ORALE CHEZ L'ENFANT SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORALE 2024
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

- La **chirurgie orale** est une **spécialité chirurgicale** qui se pratique **chez l'enfant et l'adolescent**.
- Cette chirurgie peut être **préventive, interceptive et / ou curative**.
- Les différentes interventions doivent donc tenir compte des **particularités anatomiques, physiologiques et psychologiques** des jeunes patients et peuvent **parfois** être **réalisées sous anesthésie générale (AG)**.

Le statut **enfant** est fixé par la loi **jusqu'à 15 ans et 3 mois**.
Le **mineur** est âgé **de 0 à 18 ans**.

CHIRURGIE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

*Consultation pré-anesthésique
(pour une chirurgie programmée)*

Jeûne pré-anesthésique

Réveil

- Réalisée par un **médecin anesthésiste- réanimateur (MAR)**
- A moins de 2 mois de l'intervention et mini 48h avant
- Présence de l'enfant et des 2 parents ou titulaires de l'autorité parentale indispensable
- **Information** des parents (ou représentants légaux) et de l'enfant si en âge de comprendre puis **signature du consentement éclairé**



En salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) obligatoire

ORGANISATION STRUCTURELLE, MATÉRIELLE & FONCTIONNELLE

Structure & logistique



Les experts suggèrent d'identifier un **secteur pédiatrique en SSPI** afin de **regrouper le personnel et le matériel spécifiques** à la prise en charge de l'enfant, ainsi que de **permettre à un accompagnant d'être présent**, afin d'assurer la qualité et la sécurité du réveil.

Équipement & matériel



L'ensemble du matériel utilisé (assistance respiratoire, matériel d'abord intra-osseux, solutés pour assurer les apports hydro-électrolytiques per-opératoires de base, chariot d'urgence pédiatrique...) doit être **adapté à l'âge, la taille et au poids de l'enfant** pour obtenir la meilleure prise charge possible.



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

Formation



- Le MAR doit avoir acquis **connaissances et compétences** pour faire l'AG pédiatrique : le niveau de formation du MAR et de l'équipe soignante dépend de l'âge de l'enfant et de son état de santé.

- Tout MAR pratiquant l'anesthésie pédiatrique :

- doit avoir une **activité régulière spécifiquement en anesthésie pédiatrique** (minimum une demi-journée par semaine)
- doit **assurer l'actualisation de ses connaissances et le maintien de ses compétences en anesthésie pédiatrique**, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Organisation fonctionnelle



- Il n'existe **pas de recommandation quant à la limite d'âge pour un programme exclusivement pédiatrique.**

- **Activité mixte** (programme opératoire sous AG combinant adultes et enfants) : **l'organisation fonctionnelle et logistique** doit permettre de s'adapter aux particularités pédiatriques. Un site dédié à l'activité pédiatrique, plages opératoires exclusivement pédiatriques pour une gestion simplifiée du matériel adapté à la pratique.

- L'équipe CO, en accord avec l'équipe anesthésiste (MAR, IADE), privilégiera toujours, sauf exception, un **programme prioritaire selon l'âge, du patient le plus jeune au plus âgé.**

PRISE EN CHARGE D'UNE CANINE INCLUSE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE, CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET CHIRURGIE ORALE 2015

Canine incluse : Dent **retenue** dans l'arcade maxillaire ou mandibulaire **au-delà de la date d'éruption**, entourée de son sac péri-coronaire et sans communication avec la cavité buccale

- Canine maxillaire supérieure :

- 2ème dent la + souvent incluse
- **Prévalence** d'inclusion : **0,8% à 2,8%**
- **+ fréquente chez les femmes** que chez les hommes
- Inclusion **palatine** : **85% des cas**
- Inclusion bilatérale : 8% à 10 % des cas

- Causes multifactorielles de l'inclusion :

- **Causes locales principalement** : manque de place, perte précoce / rétention de la canine temporaire, perte ou agénésie de l'incisive latérale, traumatisme...
- **Anomalie(s) génétique(s)**

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

➔ **Importance du diagnostic précoce d'une canine incluse** afin d' :

- **optimiser les résultats de la prise en charge** visant à favoriser l'éruption
- **éviter les risques associés** à l'inclusion (ex : résorptions radiculaires des dents adjacentes)

1. Rôle clé du chirurgien-dentiste dans le dépistage précoce des canines incluses (AE)



2. Diagnostic orthodontique complet avant tout projet thérapeutique si suspicion d'inclusion suite à l'examen bucco-dentaire et plus particulièrement, si antécédent familial (AE)



3. Bilan radiographique si dysmorphose révélée (AE)

4. Inclusion suspectée si (AE) :



- »»» canine temporaire présente au-delà de la date normale d'exfoliation ou si exfoliation asymétrique
- »»» canine permanente non palpable dans le vestibule dès 9-10 ans (fonction de l'âge dentaire estimé)
- »»» palpation bilatérale asymétrique
- »»» ou position des dents adjacentes suggérant une malposition de la canine permanente

5. 2 radiographies conventionnelles possibles pour évaluer la position de la canine : (Grade C)



- »»» 1 cliché antérieur occlusal et 1 rétro-alvéolaire ou 2 rétro-alvéolaires
- »»» 1 cliché antérieur occlusal et 1 panoramique ou 1 rétro-alvéolaire et 1 panoramique

6. Cone Beam possible (justification et optimisation nécessaires) pour : (Grade C)

- »»» améliorer la localisation de la dent incluse
- »»» évaluer la sévérité de l'inclusion
- »»» et la complexité du traitement



AE : RBP gradées ou fondées sur un accord d'experts

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

TRAITEMENT INTERCEPTIF

7. Avulsion de la canine temporaire maxillaire : (Grade B)



- »»» recommandée en denture mixte dans des cas bien sélectionnés, vers l'âge dentaire de 10-11 ans
- »»» avulsion d'autres dents temporaires possible (cf. 1ère molaire) pour augmenter l'espace d'évolution de la canine incluse
- »»» pose d'un mainteneur d'espace, d'un dispositif de distalisation molaire ou d'expansion maxillaire possible

8. Avant extraction de la canine temporaire, prendre en compte les facteurs influençant le pronostic : âge, sévérité de l'inclusion, position de la couronne de la canine, maturité squelettique pré-pubertaire, stade d'ouverture de l'apex, degré d'encombrement dentaire (Grade B)



9. Si pas d'amélioration à l'examen radiographique comparatif dans la position de la canine, 12 mois en moyenne après l'avulsion de la dent temporaire, envisager d'autres options thérapeutiques (Grade B)

DEGAGEMENT CHIRURGICAL ET MISE EN PLACE ORTHODONTIQUE

de la canine incluse en position palatine

10. Proposition possible d'une technique ortho-chirurgicale si absence d'éruption après interception ou si traitement interceptif non envisagé : (Grade C)



- »»» Pour patients motivés, acceptant les appareils orthodontiques fixes et ayant une bonne hygiène bucco-dentaire
- »»» Non recommandé si mise en place orthodontique de la canine complexe (malposition trop importante)



11. Dégagement chirurgical et mise en place orthodontique complexe : décision thérapeutique finale après concertation pluridisciplinaire (AE)

12. Recours à des techniques dites "ouvertes" ou "fermées" : pas de données pour privilégier l'une vs l'autre en termes de santé parodontale, esthétique, durée d'intervention... (Grade B)



13. Planifier le traitement en prenant en compte des facteurs influençant sa durée : âge, inclusion bilatérale, sévérité de l'inclusion... (Grade C)



14. Taux de succès de l'éruption plus favorable chez le jeune : information du patient et des représentants légaux de la possibilité d'échec, de la durée plus importante de traitement (Grade C)



15. Nécessité d'une appréciation initiale précise pour améliorer le pronostic et réduire les échecs et ré-intervention (Grade C)

de la canine incluse en position vestibulaire

16. Recourir à la technique dite "fermée" ou au lambeau positionné apicalement (Grade C)

AUTO-TRANSPLANTATION

17. Peut être une option si : (Grade C)



- mise en place orthodontique de la canine pas possible ou en échec
- ou si refus par le patient d'un traitement de longue durée
- et si espace disponible et volume osseux du site receveur suffisants pour accepter la canine transplantée.

Taux de succès à long terme faible : approche thérapeutique permettant de repousser une reconstitution prothétique et / ou implantaire.

18. Alternative à une décision prothétique en 1ère intention, sous réserve que 2/3 des racines soient édifiées. Dans tous les cas, nécessité d'un opérateur expérimenté et d'une technique codifiée (AE)



19. Pour améliorer le pronostic :

- recours à une **technique chirurgicale la moins traumatique possible**
- **contention souple** sans immobiliser la dent

Traitement endodontique dans les 14 jours suivants l'auto-transplantation des dents à apex fermé ou dès les premiers signes de nécrose quand l'apex est ouvert

AVULSION CHIRURGICALE DE LA DENT

20. Peut être recommandée si : (Grade C)



- refus de traitement actif de la part du patient et/ou patient satisfait de son apparence dentaire esthétique
- et pathologie ou début de résorption radiculaire des incisives adjacentes
- planification d'un traitement orthodontique avec substitution de la canine par la prémolaire
- en cas d'échec de la traction orthodontique de la dent incluse

Recommandation d'**être le plus économe possible** de l'os alvéolaire voire basal

ABSTENTION ET SUIVI

21. Peut être recommandée si : (Grade C)



- refus de traitement du patient, satisfait de son apparence dentaire esthétique
- et absence de pathologie ou de signe de résorption radiculaire des dents voisines
- contact satisfaisant entre l'incisive latérale et la 1ère prémolaire ou bon pronostic de la canine temporaire
- ectopie sévère sans signe de pathologie
- contre-indications médicales

Patient **informé de la nécessité d'un suivi régulier** pour détecter toute pathologie éventuelle

FENTES LABIALES ET/OU PALATINES

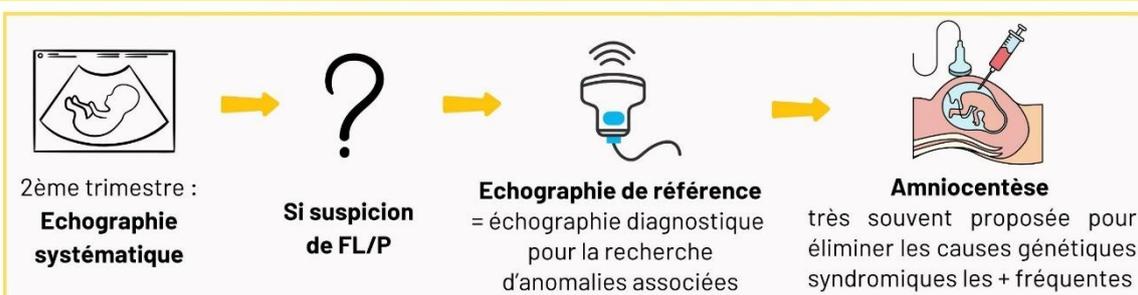
PROTOCOLE NATIONAL DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2021

- Le **groupe des fentes labiales et/ou palatines (FL/P)** comprend :
 - » Les fentes labiales
 - » Les fentes labio-alvéolaires
 - » Les fentes labio-palatines
 - » Les fentes vélo-palatines
- Les FL/P :
 - **Le plus souvent isolées**
 - **Associées à d'autres anomalies cliniques ou syndromiques** : 30% des cas
 - Incidence en France : **1/700 à 1/1 000**
 - **Etiologie complexe** : combinaison de facteurs génétiques et environnementaux



DIAGNOSTIC EN PÉRIODE PRE OU POST-NATALE



PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE & TRAITEMENT PERSONNALISÉ

Prise en charge chirurgicale

- *Primaire* : vise le **repositionnement des structures** anatomiques pour une **normalisation morphologique et fonctionnelle**.
- *Secondaire* : parfois nécessaire, discutée de manière **pluridisciplinaire** en fonction des **besoins exprimés du patient**. Phase accompagnée d'une **prise en charge orthophonique**.



Période anténatale

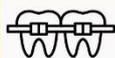
Enfance

Âge adulte →

Prise en charge coordonnée par un centre de référence / de compétence en collaboration avec le médecin traitant



Prise en charge psychologique (parents dès le diagnostic et enfants jusqu'à l'âge adulte)



Suivi et prise en charge orthodontique pendant la croissance et en fin de croissance

Accompagnement médico-social, associatif, éducation thérapeutique proposés



NB : Dans le cas d'une FL/P syndromique, la prise en charge précoce et spécifique des symptômes cliniques sera adoptée de façon collégiale en fonction des priorités médicales.

Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

AMELOGENESES IMPARFAITES

PROTOCOLE NATIONAL DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS (PNDS)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2021

- **Anomalies rares du développement** affectant la **structure** et l'**apparence clinique de l'émail** de toutes ou quasiment toutes les dents, **temporaires et / ou permanentes**
- **Prévalence < 1 / 2 000**
- Maladies **isolées ou syndromiques**

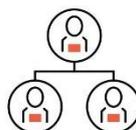
Défauts quantitatifs	Hypoplasie	Manque d'émail (Puits, stries...)	<ul style="list-style-type: none">• repérés cliniquement dès l'éruption des dents• parfois visibles sur des radiographies avant éruption des dents concernées
Défauts qualitatifs	Hypominéralisation Hypomaturation	Email moins dur, moins minéralisé	

➤ Diagnostic, élaboration du projet thérapeutique (si nécessaire) et prise en charge des malformations effectués en partenariat avec un **Centre de Référence ou de Compétence des Maladies Rares** orales et dentaires (CRMR / CMCR) - <https://www.tete-cou.fr/>

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur :

- **l'histoire familiale**
- **l'étude de l'arbre généalogique**
- **l'examen clinique et radiologique** méticuleux



confirmé par une **analyse génétique** demandée par le CRMR / CMCR et/ou le généticien clinicien.

➤ Poser le diagnostic d'AI et identifier les éventuels signes associés extra-buccaux permet de **prévenir** et **prendre en charge les complications précocement**.

MISSIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET DU MÉDECIN TRAITANT

- S'assurer de la **confirmation du diagnostic** par un CRMR/CCMR
- Participer à la **coordination multidisciplinaire** avec le CRMR/CCMR
- Assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi bucco-dentaire régulier **de proximité**
- **Adresser le patient vers un CRMR/CCMR** en fonction des besoins bucco-dentaires et médicaux



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES : OLIGODONTIE ET ANODONTIE

PROTOCOLE NATIONAL DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS (PNDS)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2021

- **Oligodontie** (Anomalie de nombre) : Trouble héréditaire rare caractérisé par l'**agénésie de plus de 6 dents** temporaires / permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse
- **Anodontie** : Absence de toutes les dents

PRISE EN CHARGE EN 2 ETAPES

➤ 1. Le diagnostic précoce



Signe d'appel : **retard d'éruption** des dents permanentes entre 6 et 12 ans



Attention aux patients avec **problèmes esthétiques** et **psychologiques** responsables d'une **faible estime de soi** et de **problèmes d'acceptation sociale**



Autres symptômes dentaires et oraux possibles :

- **Microdontie et / ou anomalies de forme**
- **Retard de croissance** des procès alvéolaires
- **Défaut d'éruption** des dents
- **Persistance des dents temporaires**
- **Taurodontisme**
- Présence de **diastèmes importants**
- **Supraclusion importante**
- **Troubles de la phonation** et de la **mastication**

NB : Confirmation du diagnostic par analyse génétique demandée par le CRMR/CCMR, surtout si association d'agénésies dentaires et d'autres signes cliniques. L'annonce diagnostique sera organisée dans un centre spécialisé ou par des professionnels en lien avec ce centre.

➤ 2. Le projet thérapeutique bucco-dentaire précoce



Objectifs du traitement :

- **Conserver les dents présentes**
- **Améliorer** la fonction **masticatoire, phonatoire, l'esthétique, la croissance**
- **Favoriser le bien-être émotionnel** et **psychologique** du patient



Thérapies optimales = pluridisciplinarité + coordination entre les professionnels de santé via les Centres de Référence des Maladies Rares (CRMR) et de Compétence (CCMR)

MISSIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET DU MÉDECIN TRAITANT

- S'assurer de la **confirmation du diagnostic** par un CRMR/CCMR
- Participer à la **coordonnation multidisciplinaire** avec le CRMR/CCMR
- Assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi bucco-dentaire régulier **de proximité**
- **Adresser le patient vers un CRMR/CCMR** en fonction des besoins bucco-dentaires et médicaux



Fiche réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'Aurélié Paparel-Dharancy sous la direction du Dr Thomas Marquillier

IV. Discussion :

Cette thèse avait pour objectif de fournir un outil d'aide pratique aux chirurgiens-dentistes et aux étudiants en formation *via* de courtes synthèses visuelles des RBP qui leur sont adressées, leur en permettant une consultation et une appropriation rapides au cabinet.

Soixante-cinq recommandations ont été mises en évidence émanant de diverses institutions et agences sanitaires dont 50 s'adressaient directement aux chirurgiens-dentistes. Parmi elles, si un peu plus de la moitié disposaient déjà de synthèses exploitables au cabinet, pour les autres, elles étaient soit absentes, soit inadaptées, nécessitant une optimisation de forme et / ou de longueur.

Ainsi, 22 RBP ont été synthétisées dans le cadre de ce travail destiné à faciliter la pratique des chirurgiens-dentistes conformément aux RBP.

La constitution de cette thèse reposait sur 3 enjeux clés :

- La sélection des RBP
- La sélection des points clés et informations essentielles à faire figurer dans les synthèses
- Leur mise en forme créative

4.1. La sélection des RBP

Les critères d'inclusion et d'exclusion des RBP de ce travail ont été détaillés dans le paragraphe « Méthodes » et reposaient sur un périmètre défini par la HAS comme « *se limit[ant] aux points d'amélioration d'une prise en charge* ».

Malgré une définition commune, les 50 RBP étaient très hétérogènes en termes de nombre de pages (de quelques pages à plus de 150), de format, de mise en page rendant complexe leur consultation rapide.

Le premier aspect expliquant cette hétérogénéité reposait sur les 4 modalités d'élaboration de RBP que l'on pouvait retrouver parmi les 50 RBP retenues (5,36) :

- Les recommandations émanant de la HAS, promoteur public et indépendant, élaborées selon 2 méthodes rigoureuses (Annexe 5) :
 - la méthode « Recommandations par consensus formalisé » (RCF),
 - la méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC), privilégiée pour les RBP. L'objectif était de rédiger un petit nombre de recommandations concises, gradées, en accord avec les niveaux de preuve identifiés, ou en l'absence de preuves scientifiques, résultats d'un accord d'experts, non ambiguës, répondant aux questions posées (7).

- Les RBP élaborées par des professionnels-promoteurs au niveau national (institutions, sociétés savantes...) ayant reçu le label HAS et s'engageant de ce fait à respecter la méthode rigoureuse de rédaction des RBP de la HAS (ensemble de critères déontologiques, méthodologiques, scientifiques), justifiant la qualité et la conformité de la production (5).

- Les RBP élaborées par des professionnels-promoteurs au niveau national et réalisées de manière indépendante, selon une méthode rigoureuse qui leur est propre.

- Les RBP élaborées par des professionnels-promoteurs à l'échelle internationale sous l'égide d'une ou plusieurs sociétés savantes : les 4 recommandations internationales synthétisées dans ce travail entrent dans ce champ (15,33-35).

Le deuxième aspect pouvant expliquer l'hétérogénéité des différentes RBP est leur date de publication. Aucun critère d'exclusion relatif à l'ancienneté des RBP n'avait été défini.

Pourtant, plus de 20 années séparent la plus ancienne, « *Emploi des vaso-constricteurs en odonto-stomatologie* » (encore disponible sur le site de la SFCO), de la plus récente, « *Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et en implantologie orale* » (11), publiée fin 2024 par la SFPIO et le CNEP (11,30). La figure 5 illustre l'étendue des dates de publication des 50 RBP adressées actuellement aux chirurgiens-dentistes :

- plus de 70% des RBP ont été publiées il y a plus de 5 ans,
- près d'une RBP sur 5 il y a plus de 15 ans.

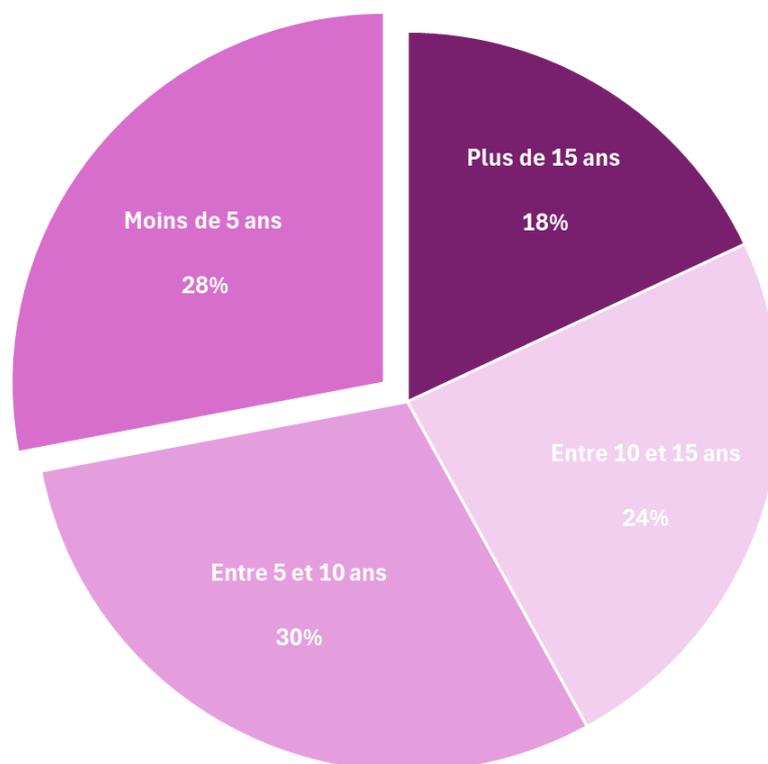


Figure 4 : Dates de publication des 50 RBP (Source personnelle)

A noter que la date de publication des RBP a aussi un impact sur leur validité scientifique. En effet, d'après la HAS, « *la durée des recommandations est variable selon les domaines. Toutefois, plusieurs retours d'expériences (Shekelle et al, 2 000 ; Alderson, 2014 ; Martinez Garcia, 2014) amènent à estimer de manière générale la durée de vie des recommandations entre 3 et 5 ans [...]* » (8).

Ainsi, « une obsolescence des RBP peut conduire à une pratique qui n'est plus pertinente ou au mésusage d'une pratique ainsi qu'à la perte de confiance dans les recommandations émises. A l'inverse, l'acquisition de nouvelles données peut conforter une pratique innovante et permettre sa diffusion plus large. [...] Ainsi, pour assurer crédibilité et légitimité, la HAS conclue que l' « opportunité d'une actualisation d'une recommandation devrait être évaluée au minimum tous les 5 ans » (8).

Sur cette base, 72% des RBP identifiées pourraient être qualifiées d'obsolètes.

A titre d'exemple, les recommandations de 2011 émises par l'ancienne Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS), devenue Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), autour des « *Prescriptions des antibiotiques en pratique bucco-dentaire* (17) » : l'écologie bactérienne, les résistances à l'égard de certains antibiotiques ont beaucoup évolué en près de 15 ans et la HAS elle-même reconnaît que ces RBP « *ne correspondent plus aux données acquises de la science* » (37) ; elles ont d'ailleurs fait l'objet de plusieurs informations⁵ de la part de l'Assurance Maladie, de Santé Publique France ou de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) auprès des chirurgiens-dentistes. Dénonçant le défaut de mise à jour de ces RBP, c'est par le biais d'une saisine que le Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes (CNPCD) a, en 2022, mobilisé la HAS : il en résulte une note de cadrage publiée le 12 janvier 2024. Selon le rétroplanning prévisionnel, la soumission au Collège de la HAS de la nouvelle version des RBP se fera en juin 2025 (23,38).

Néanmoins, s'il est vrai que nombre de recommandations dentaires n'ont pas bénéficié de mises à jour récentes, il est cependant important de noter que, dans le domaine de l'odontologie, les nouvelles données médicalement probantes sont plus rares qu'en médecine d'organes et que peu contribuent à un changement drastique des pratiques.

⁵ Agir contre l'antibiorésistance en odontologie : <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-prescription-formalites/antibioresistance-odontologie>. Consulté le 23 mai 2024.

10 conseils pratiques. https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2024/02/C1_Annexe-6_-10-conseils-pratiques.pdf. Consulté le 23 mai 2024.

L'antibiothérapie : Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville : reprise en 2021. [file:///C:/Users/Aur%C3%A9lie%20DHARANCY/Downloads/2022_Infographie-Antibio_081122%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Aur%C3%A9lie%20DHARANCY/Downloads/2022_Infographie-Antibio_081122%20(2).pdf). Consulté le 29/10/2024.

Enfin, l'inertie entre la publication de RBP et leur application concrète dans la pratique clinique se révèle être un vrai enjeu. Si nombre de publications se sont penchées sur cette problématique, les obstacles institutionnels, l'organisation des cabinets, l'appétence des praticiens pour les recommandations, l'envie de changer des pratiques installées semblent expliquer ce délai... Un article publié dans le *British Dental Journal* en 2022 indique même qu'il faudrait jusqu'à 17 ans en moyenne pour que 14 % des preuves publiées soient intégrées dans la pratique clinique. Si ce délai semble à relativiser et difficilement transposable pour l'ensemble des RBP françaises, elles mettent cependant en évidence la nécessité d'approches multifacettes et d'une implication active des praticiens, des autorités et des patients pour accélérer l'adoption des recommandations fondées sur les preuves (39–41).

Troisième aspect relatif à la sélection des RBP : la représentativité des disciplines. Sur les 10 que couvrent les 50 RBP, une se démarque par son absence : la prothèse, pourtant plus que présente dans l'activité quotidienne du chirurgien-dentiste. Nombre d'articles publiés dans des revues ou ouvrages guident les praticiens dans leur activité mais aucune ne relève de RBP, au périmètre défini dans cette thèse (42–44).

Dernier aspect : le maintien des recommandations de l'International Association for Dental Traumatology « *International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: general introduction* » dans la sélection finale de 50 RBP peut être discutée (34). Par leurs 147 pages et leur revue exhaustive de l'ensemble des traumatismes possibles sur dents permanentes comme dents temporaires, elles s'éloignent de la définition des RBP retenue dans cette thèse c'est-à-dire n'ayant « *pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie* » « *et dev[ant] se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge* ». Cependant, compte-tenu de la nécessité de savoir faire face, au cabinet, de manière efficace et réactive à ces traumatismes pour maximiser les chances d'issues favorables, il a été décidé de les maintenir parmi celles à traiter dans cette thèse.

Néanmoins, les 8 recto-verso de la synthèse réalisée illustrent bien le caractère exhaustif de ce texte.

4.2. La sélection des points clés et informations essentielles à faire figurer dans les synthèses

L'objectif des synthèses est de fournir un résumé des informations essentielles, utiles à connaître par le chirurgien-dentiste face à une situation complexe.

La méthodologie d'élaboration des recommandations de bonne pratique, réalisées par la HAS ou ayant reçu le label HAS, repose sur une démarche rigoureuse et explicite (5) (Annexe 5). Les recommandations élaborées par les professionnels-promoteurs sous l'égide d'une société savante ou non, à l'échelle nationale ou internationale, suivent également une méthodologie précise et validée. S'agissant de recommandations reconnues d'experts, il a été choisi de ne pas revenir sur les détails de la méthodologie de la RBP pour se concentrer pleinement sur le contenu.

Par ailleurs, dans bon nombre de RBP, il n'est pas rare de retrouver beaucoup de redondances aisément supprimées dans le cadre des synthèses.

Enfin, la sélection des informations clés à faire figurer dans la synthèse a été guidée par les sous-titres structurant le texte des RBP.

A noter qu'aucune relecture ni validation par des experts de chacune des disciplines, excepté en odontologie pédiatrique, n'a été réalisée ce qui constitue une limite à ce travail.

4.3. La mise en forme créative de chacune des synthèses

Si la qualité du texte sélectionné pour constituer de courtes synthèses de RBP est un élément nécessaire, elle n'est cependant pas suffisante pour faciliter et rendre attractive leur consultation au cabinet.

Ainsi, une grande attention a été accordée à la mise en forme créative de chacune d'entre elles grâce au logiciel *Canva* : cadres, couleurs, pictogrammes issus de la base de données *Canva* ont été utilisés et tableaux et organigrammes constitués pour mettre en valeur points les clés et idées principales. Les photographies figurant dans les synthèses émanent des recommandations elles-mêmes.

En complément, les 22 RBP synthétisées ont été réparties en 2 groupes :

- l'un comprenant les RBP relatives aux patients adultes, avec une mise en forme créative à dominante bleue ;
- l'autre avec les RBP destinées aux enfants et adolescents, à dominante jaune.

4.4. Perspectives

Cette thèse est la première proposant une compilation de courtes synthèses visuelles des RBP actuelles en odontologie. Elle permettra aux chirurgiens-dentistes, aux étudiants en formation et le cas échéant, aux assistantes dentaires, d'avoir accès à un support unique et didactique d'informations pour guider leur pratique quotidienne.

La HAS indique que les synthèses de RBP « *devront être largement diffusées en vue d'améliorer les pratiques* » (5,7). Il est donc pertinent d'envisager une diffusion plus large qu'au périmètre de cette thèse.

A ce titre, un poster sera présenté en juin 2025 au congrès de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique à Lille.

En parallèle, l'application *Wiki*, l'un des supports de diffusion de documents pédagogiques aux étudiants de la faculté d'odontologie de Lille pour leur pratique clinique, pourrait être intéressante à exploiter : il faudrait cependant que les synthèses soient consultables *via* un format adapté au visionnage sur smartphone.

Enfin, une publication ou l'édition d'un ouvrage regroupant les RBP déjà synthétisées par les institutions et agences sanitaires et les RBP synthétisées ici pourrait aussi contribuer à élargir leur diffusion et à développer leur connaissance par tous les acteurs de la chirurgie-dentaire ; elle se heurterait toutefois à la problématique des droits d'auteurs.

Bibliographie

1. Légifrance. Article 32 [Internet]. Code de Déontologie Médicale [cité le 17/09/2024]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680535#:~:text=Article%2032%20\(abrog%C3%A9\)&text=D%C3%A8s%20lors%20qu'il%20a,l'aide%20de%20tiers%20comp%C3%A9tents.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680535#:~:text=Article%2032%20(abrog%C3%A9)&text=D%C3%A8s%20lors%20qu'il%20a,l'aide%20de%20tiers%20comp%C3%A9tents.)
2. Légifrance. Article R4127-33 [Internet]. Code de la Santé Publique, Titre II : Organisation des professionnels de santé. Chapitre VII : Déontologie [cité le 17/09/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTAO00006178609/2022-01-01/
3. Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 59 [Internet] [cité le 17/09/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879577#:~:text=4236%2D1.,m%C3%A9dicalis%C3%A9e%20des%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9.
4. Légifrance. Article L4021-1 [Internet]. Code de la Santé Publique, Titre II : Développement professionnel continu et certification périodique des professionnels de santé [cité le 17/09/2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/2022-03-21
5. Haute Autorité de Santé - Service des bonnes pratiques professionnelles. Elaboration de recommandations de bonne pratique : guide méthodologique [Internet]. 2010 déc [cité le 27 sept 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf
6. Tabuteau D, Laude A. Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ? Journal de Droit de la Santé de l'Assurance-Maladie. [Internet] 2015;11(3):7-16 [cité le 14 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2015-3-page-7.htm?ref=doi>
7. Haute Autorité de Santé. Exigences communes à toutes les productions de la HAS [Internet]. 2014 juill [cité le 9 févr 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/methodes_has_exigences_communes.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Actualisation des recommandations de bonne pratique et des soins parcours de soins : synthèse et organisation [Internet]. 2023 févr [cité le 28 oct 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/reco436_actualisation_des_recos_etat_des_lieux__mel.pdf

9. Herry C, Demurashvili G, Becmeur AC, Tramba P. Recommandations et prescription en implantologie orale. *Information Dentaire*. [Internet] 17 déc 2014 [cité le 23 janv 2025];(44):10-6. Disponible sur: www.information-dentaire.fr
10. Société Française d'Anesthésie et Réanimation. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle - Recommandations formalisées d'experts [Internet]. 2024 mai [cité le 9 févr 2025] p. 91. Disponible sur : <https://sfar.org/download/antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle/?wpdmdl=68362&refresh=67a8db998aeb51739119513>
11. Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et en implantologie orale - Argumentaire [Internet]. 2024 [cité le 30 mars 2025]. Disponible sur : https://www.cneparo.fr/phocadownload/Actualites_paro/CNEP%20SFPIO_2024-reco_antibiotiques_argumentaire.pdf
12. Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale - Synthèse [Internet]. 2024 [cité le 30 mars 2025]. Disponible sur : https://www.cneparo.fr/phocadownload/Actualites_paro/CNEP%20SFPIO_2024-reco_antibiotiques_synthese%20.pdf
13. Société Française de Chirurgie Orale. Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale [Internet]. 2015 juill [cité le 28 oct 2024]. Disponible sur : https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2023/06/recommandations_festion_peri_operatoire_2015_court.pdf
14. Société Française de Chirurgie Orale. Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. *Médecine Buccale Chir Buccale* [Internet]. 2006 [cité le 28 oct 2024];12(4):187-206. Disponible sur : https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2023/06/recommandations_avk.pdf
15. Sanz M, Herrera D, Kebshull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, Sculean A, Tonetti MS. Traitement de la parodontite de stade I-III –Les recommandations S3 de l'EFP en pratique clinique. *J Clin Periodontal* [Internet]. 2020 [cité le 9 févr 2025];47:4-60. Disponible sur : https://www.sfpio.com/images/Documents/20210202_EFP_Guideline_FR.pdf
16. Herrera D, Sanz M, Keschull, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2022;
17. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 mars [cité le 9 févr 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
18. Droz D, Sixou JL, Delfosse C, Vital S, Muller-Bolla M. Le fluor en prévention primaire : recommandations du collège d'Enseignants en Odontologie Pédiatrique. *Rev*

- Francoph Odontol Pediatr [Internet]. 2021 [cité le 9 février 2025] ;16(1):10. Disponible sur : <https://sfop.asso.fr/wp-content/uploads/2021/11/Le-fluor-en-pren%CC%81vention-primaire-Droz-et-al-CEOP-2021.pdf>
19. Doméjean-Orliaguet S, Passet S, Mathonnat M, Lacombe Adryane, Piaton S, Paris S, Schwendicke F, Splieth Ch, Muller-Bola M. Gestion du processus carieux : les dernières recommandations issues de consensus internationaux. *Inf Dent*. 2023;(10):16-24.
 20. Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice. Fiches de procédure clinique en odontologie conservatrice [Internet]. [cité le 4 décembre 2024]. Disponible sur : <https://cneoc.fr/ressource/fiches-brochures>
 21. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Fiches pratiques Equipe Dentaire [Internet]. [cité le 30 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-accompagnement-2/nos-fiches-pratiques/>
 22. Roche Y, Casamajor P. Recommandations de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire : chirurgie dentaire et insuffisance rénale [Internet]. 2020 [cité le 30 janv 2025]. Disponible sur : <https://academiedentaire.fr/wp-content/uploads/2020/01/Chirurgie-dentaire-et-Insuffisance-r%C3%A9nale.pdf>
 23. AFSSaPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire [Internet]. 2011 [cité 2le 8 oct 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/02/04/reco-prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire-septembre2011.pdf>
 24. Collège National des Chirurgiens-dentistes Universitaires en Santé Publique. L'hypersensibilité dentinaire [Internet]. 2012 [cité le 9 févr 2025]. Disponible sur : <https://www.dentairesantepublique.com/hypersensibilite/>
 25. Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie [Internet]. 2006 [cité le 8 févr 2025] p. 1-109. Disponible sur : https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2014/02/07_guide_procedure_radio.pdf
 26. Société Française de Chirurgie Orale. Chirurgie orale chez l'enfant sous anesthésie générale [Internet]. 2024 [cité le 7 févr 2025]. Disponible sur : <https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2024/10/ChirOrale-et-recommandations-de-la-SFARfinal.pdf>
 27. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Médecine Buccale Chir Buccale* [Internet]. 2012 [cité le 27 sept 2024];18(3):251-314. Disponible sur : <https://www.jomos.org/10.1051/mbcb/2012027>
 28. Société Française de Chirurgie Orale. Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte [Internet]. 2008 [cité le 8 févr 2025]. Disponible sur : https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2023/06/recommandations_anti-inflammatoires.pdf

29. Société Française de Chirurgie Orale. Corticoïdes et COVID-19 [Internet]. 2020 [cité le 8 févr 2025]. Disponible sur : <https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2023/06/Corticoides-et-COVID-19.pdf>
30. Madrid C, Courtois B, Vironneau M, Bayssière J, Bernard JP, Coudert JL, et al. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Médecine Buccale Chir Buccale [Internet]. 2003 [cité le 12 juin 2024];9(2):65-94. Disponible sur : <https://www.jomos.org/10.1051/mbcb/2003008>
31. Muller-Bolla M, Chabadel O, Moulis E, Joseph C, Kubasiak L, Courson F, Droz D, Smail-Faugeron V. Recommandations des scellements de sillons des molaires temporaires. Rev Francoph Odontol Pediatr [Internet]. 2017 [cité le 9 févr 2025];12(3):134-44. Disponible sur : <https://sfop.asso.fr/wp-content/uploads/2021/11/Recommandationssealants.pdf>
32. Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale. Prise en charge d'une canine incluse [Internet]. 2015 [cité le 9 févr 2025] p. 43. Disponible sur : <https://www.sfscmfco.com/documents-sfscmfco/pdf/canine-incluse.pdf>
33. Duncan HF, Kirkevang L, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, et al. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. Int Endod J [Internet]. oct 2023 [cité 9 févr 2025];56(S3):238-95. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iej.13974>
34. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. Dent Traumatol [Internet]. 2020 [cité le 12 juin 2024];36(4):309-13. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/edt.12574>
35. Herrera D, Sanz M, Kerschull, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. Journal of Clinical Periodontology. 2022;4-71.
36. Haute Autorité de Santé. Attribution du label de la HAS à une recommandation de bonne pratique élaborée par un organisme professionnel [Internet]. 2023 [cité le 26 janv 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/guide_methodologique_attribution_label_2023_07_13_mel.pdf
37. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours [Internet]. 2014 [cité le 26 janv 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_memo_conseils_prescription_antibiotiques.pdf
38. Haute Autorité de Santé. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Note de cadrage [Internet]. 2024 [cité le 28 oct 2024]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3525810/fr/prescription-des-antibiotiques-en-bucco-dentaire-note-de-cadrage

39. Julian H Barth, Shivani Misra, Kristin Moberg Aakre, Michel R Langlois, Joseph Watine, Patrick J Twomey, Wytze P Oosterhuis. Why are clinical practice guidelines not followed? 2016;54(7):1133-9.
40. Beauchemin M, Cohn E, Shelton RC. Implementation of clinical practice guidelines in the healthcare setting: A Concept Analysis. 2019;42(4):307-24.
41. Morris ZS, Woodind S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. J R Soc Med. 2011;104:510-20.
42. Bataillon-Linez P, Linez M, Deveaux E. Les RMIPP à tenon fibré : quand, pourquoi, comment ? Rev Odontostomatol (Paris). 2010;39:187-209.
43. Etienne O. Restaurations esthétiques collées. CdP; 2023. 584 p.
44. Walter B. Prothèse fixée : approche clinique. 2024. 480 p. (CDP - Cahiers de prothèse).
45. Société Française d'Endodontie. Traitement endodontique [Internet]. nov [cité le 9 févr 2025]. Disponible sur : <https://sfe-endo.fr/wp-content/uploads/2017/05/Le-traitement-endodontique.pdf>
46. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. Prat Dent [Internet]. 2013 [cité le 9 févr 2025];17-39. Disponible sur : https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/11Pratiques_Dentaires-N11.pdf

Table des illustrations

Figure 1. 36 développeurs potentiels de RBP (Source personnelle)	20
Figure 2. Diagramme de flux des 50 RBP adressées directement aux chirurgiens-dentistes (Source personnelle).....	24
Figure 3 : Proportions de RBP synthétisées ou non (Source personnelle)	25
Figure 4 : Dates de publication des 50 RBP (Source personnelle)	114

Table des tableaux

Tableau 1 : 18 recommandations de bonne pratique françaises à synthétiser.....	27
Tableau 2 : 4 recommandations internationales à synthétiser.....	28

Annexe 1 : **Exemples de synthèse de RBP** (45,46).

Traitement endodontique

Pour assurer la qualité du traitement des maladies de la pulpe et du péri-apex (traitement endodontique, T.E.) et réduire les échecs thérapeutiques (infections péri-apicales), la HAS a établi des recommandations pratiques à partir de l'analyse d'études in vivo et de la consultation de deux groupes d'experts.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU T.E.

■ Indications

- Pulpite irréversible ou pulpe nécrosée avec ou sans signes cliniques et/ou radiographiques de parodontite apicale.
- Pulpe vivante dans les cas suivants : pronostic défavorable de la vitalité pulpaire, probabilité élevée d'exposition pulpaire au cours de la restauration coronaire n'autorisant pas le coiffage direct, amputation radiculaire ou hémisection.

■ Contre-indications

- Contre-indications médicales :
 - formelle : cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse si la pulpe est nécrosée.
 - relative : cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse si la dent est vivante et cardiopathie à risque moins élevé dans tous les cas. Chez ces patients, les soins endodontiques ne doivent être réalisés que si trois conditions sont remplies : champ opératoire étanche [digue], totalité de l'endodonte accessible, réalisation en une seule séance.
- Dent sans avenir fonctionnel, ne pouvant être restaurée de manière durable.
- Dent avec un support parodontal insuffisant.

LA RADIOGRAPHIE AU COURS DU T.E.

Le traitement endodontique requiert au moins trois radiographies : pré-opératoire, per et post-opératoire.

- Le ou les clichés pré-opératoires renseignent sur l'anatomie canalaire et l'intégrité du parodonte. Ces clichés constituent aussi un élément de référence sur l'état de la dent avant traitement.
- Le ou les clichés per-opératoires permettent de contrôler les phases du traitement : estimation et contrôle de la longueur de travail lime en place, contrôle de l'ajustage du maître-cône avant obturation. Le nombre de clichés peut être réduit par l'utilisation de localisateurs électroniques d'apex.
- Le cliché post-opératoire permet de contrôler la qualité de l'obturation et constitue un élément de référence pour le suivi du patient.

PRÉPARATION CANALAIRE

L'efficacité des instruments Nickel-Titane (Ni-Ti) pour améliorer la préparation canalaire et réduire le temps de travail est démontrée. Cependant, il est indispensable que le praticien se forme aux principes d'utilisation de tous les instruments rotatifs afin d'éviter les mauvaises manipulations pouvant générer des fractures.

Les études confirment l'activité antibactérienne de l'hypochlorite de sodium en solution d'irrigation.

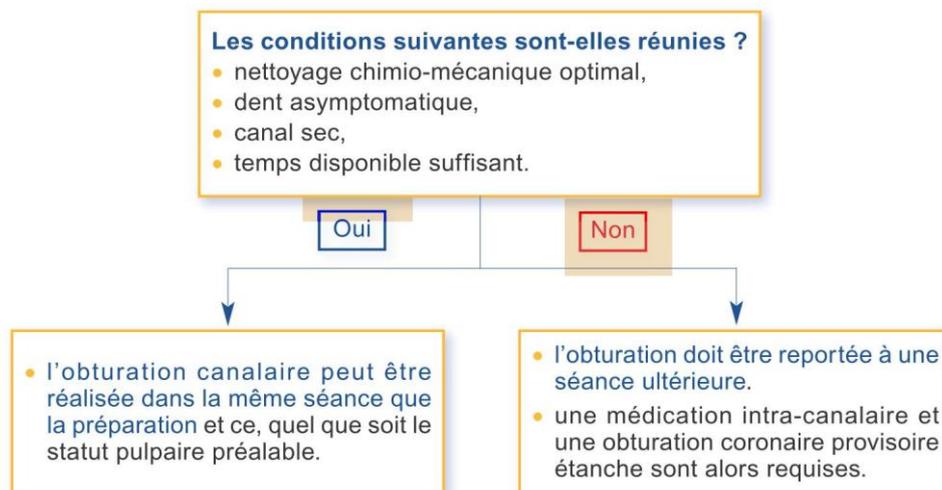
■ Pré-requis avant toute préparation canalaire

- analyse du cliché radiographique pré-opératoire ;
- préparation de la dent au traitement (suppression des caries, restauration pré-endodontique éventuelle, ajustage de l'occlusion...) ;
- isolation de la dent avec pose de la digue ;
- préparation de la cavité d'accès (visualisation et accès à tous les canaux) ;
- détermination radiographique de la longueur de travail au niveau du foramen apical.

■ Étapes de la préparation

- irrigation préalable de la cavité d'accès avec une solution d'hypochlorite de sodium (2,5 %) ;
- exploration initiale manuelle avec un instrument stérile ;
- mise en forme conique régulière avec irrigation abondante (1 ml de solution) renouvelée entre chaque passage d'instrument ;
- rinçage final avec solution d'EDTA puis avec l'hypochlorite, séchage.

■ Nombre de séances



OBTURATION CANALAIRE

Les études ne permettent pas de tirer des conclusions valides sur la supériorité d'une technique par rapport à une autre (latérale à froid ou verticale à chaud).

Les résultats soulignent toutefois l'importance du niveau de l'obturation apicale comme facteur pronostique du traitement, ce niveau étant étroitement lié au respect de la longueur de travail durant la préparation.

■ Les étapes de l'obturation sont les suivantes :

- ajustage du maître cône stérile à la longueur de travail, contrôle radiographique puis séchage ;
- mise en place d'un film de ciment biocompatible (les ciments contenant des composants organiques comme les aldéhydes et les corticoïdes sont à exclure) ;
- compactage de la gutta-percha et contrôle radiographique de la qualité de l'obturation ;
- obturation coronaire étanche ;
- dans tous les cas, la restauration coronaire définitive doit être réalisée le plus tôt possible après l'obturation radiculaire, afin de maintenir hermétiques couronne et racine.

T.E. SUR DENT PERMANENTE IMMATURE

■ Pulpe vivante

- Pulpotomie partielle ou cervicale (suppression de la pulpe enflammée ou malade jusqu'au niveau supposé de la pulpe cliniquement saine) pour préserver la vitalité pulpaire.
- Application d'un produit de coiffage, $\text{Ca}(\text{OH})_2$ ou MTA¹, sur une épaisseur de 2 à 3 mm pour recouvrir tout le moignon pulpaire.
- Restauration de la dent avec un matériau résistant étanche pour éviter toute contamination ultérieure.

- Évaluation clinique et radiographique à intervalles réguliers sur plusieurs années.

Maintien de la vitalité pulpaire ?

Oui

Non

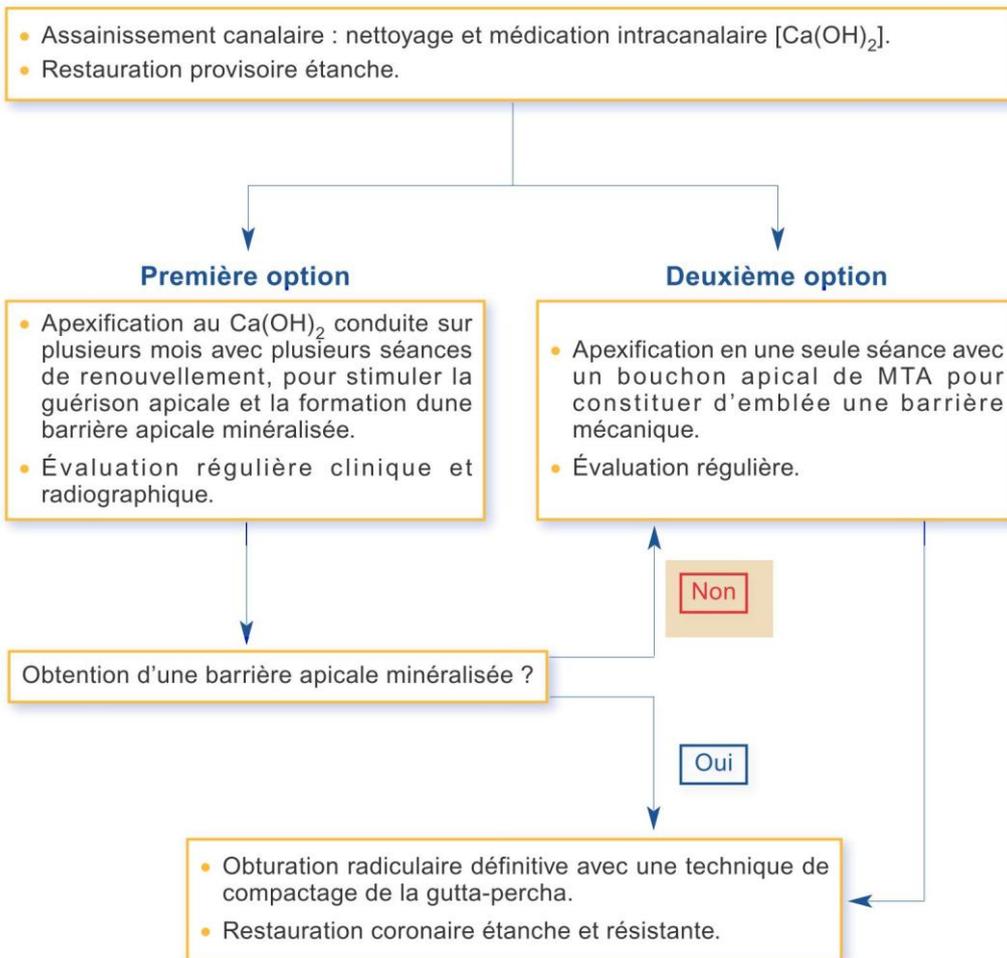
- Apexogénèse : développement radiculaire et fermeture apicale.

- Traitement de la pulpe nécrosée (voir page suivante).

1. Mineral Trioxide Aggregate

■ Pulpe nécrosée

La maturation et le développement radulaire ne peuvent se poursuivre ; il est indiqué de recourir à la procédure d'apexification, qui exige un plateau technique adéquat et une bonne maîtrise de l'acte.



Annexe 2 : 36 développeurs potentiels de recommandations.

- **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes**
- **29 institutions en odontologie + 2 sociétés savantes de médecine**

Association Dentaire Française (ADF)
Association Française d'Identification odontologique (AFIO)
Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS)
Académie Nationale de Chirurgie Dentaire (ANCD)
Collège des Enseignants en odontologie pédiatrique (CEOP)
Collège Français de Biomatériaux Dentaires (CFBD)
Collège Français d'Orthopédie Mandibulo-faciale
Collège National des Chirurgiens-dentistes Universitaires en Santé Publique (CNCDUSP)
Collège National des Enseignants en chirurgie orale (CNECO)
Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice (CNEOC)
Collège National des Enseignants en Parodontologie (CNEP)
Collège National d'Occlusodontologie (CNO)
Conférence des Doyens des Facultés d'Odontologie
Conseil National Professionnel des Chirurgiens-Dentistes (CNP)
Fédération Française d'Orthodontie (FFO)
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
Société Francophone des matériaux dentaires (SFBD)
Société Française de Chirurgie Orale (SFCO)
Société Française de Dentisterie Esthétique (SFDE)
Société Française d'Endodontie (SFE)
Société Française de l'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD)
Société Française de médecine dentaire du sommeil (SFMDS)
Société Française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire (ASPBD)
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF)

Société française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)
Société Française d'Orthodontie par aligneurs (SFOPA)
Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO)
Société Française de Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO)
Société Odontologique Française de Radiologie et de Biophysique (SOFREB)
Société Odontologique de Paris (SOP)
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

– **4 agences sanitaires :**

Agence Nationale du Médicament et des Produits de santé (ANSM) <i>Anciennement Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS)</i>
Haute Autorité de Santé (HAS)
Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN)
Direction Générale de la Santé (DGS)

Annexe 3 : 50 RBP émanant des 36 développeurs potentiels de RBP.

– 32 recommandations de sociétés savantes :

Sociétés savantes	Intitulé de la recommandation	Année de publication	Discipline
Académie Nationale de Chirurgie Dentaire (ANCD)	Chirurgie dentaire et insuffisance rénale <i>A la demande de l'Académie Nationale de Pharmacie</i>	2020	CO
Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS)	Radiothérapie et soins bucco-dentaires	2010	CO
	Toxicités bucco-dentaires et cancer (Radiothérapie)	2020	CO
	Chimiothérapie et soins bucco-dentaires	2010	CO
Collège des Enseignants en odontologie pédiatrique (CEOP)	Le fluor en prévention primaire : recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique	2021	OP
Collège National des Chirurgiens-dentistes Universitaires en Santé Publique (CNCDUSP)	L'hypersensibilité dentinaire	2012	DRE
Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice (CNEOC)	<u>Gestion du processus carieux de l'ORCA et de l'EFCD chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée</u>	2020	OP
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)	Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. Recommandations formalisées d'experts. Partie 2 : Antibioprophylaxie en chirurgie ORL, stomato-maxillo-faciale et ophtalmologique. <i>En collaboration avec la SPILF - Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française</i>	2024	INFECTIO
	Chirurgie orale chez l'enfant sous anesthésie générale	2024	CO

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) <i>En collaboration avec le GEMUB (Groupement d'étude de la Muqueuse Buccale)</i>	Recommandations pour la prise en charge du lichen oral <i>Recommandations du Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale (GEMUB)</i>	2020	CO
	Corticoïdes et COVID-19	2020	COVID
	Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale <i>En collaboration avec la Société Française de Cardiologie et du Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire</i>	2015	CO
	Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires	2012	CO
	Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte	2008	CO
	Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie	2003	CO
Société Française d'Endodontie (SFE)	Recommandations Européennes : S3 Guidelines de l'European Society of Endodontology	2023	DRE
Société française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP)	Renvoie aux recommandations de l'IADT - Traumatologie	2020	OP
	Le fluor en prévention primaire : recommandations du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique	2021	OP
	Recommandations des scellements de sillons des molaires temporaires	2017	OP
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF)	La contention en orthodontie. Recommandations de bonne pratique	2023	ODF
Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO)	Renvoie aux recommandations S3 de l'EFPP en pratique clinique - Traitement de la parodontite de stade I-III	2020	PARO
	Renvoie aux recommandations S3 de l'EFPP en pratique clinique - Traitement de la parodontite de stade IV	2022	PARO

	Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et en implantologie orale <i>par le Collège National des Enseignants en Parodontologie</i>	2024	PARO
Société Française de Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO)	Les orthèses (gouttières) occlusales	2016	ODF
	Prise en charge d'une canine incluse	2015	ODF
	Orthèse d'Avancée Mandibulaire	2014	ODF
	Chirurgie orale et bisphosphonates - Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques)	2013	CO
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	Recommandations bucco-dentaires pour les femmes enceintes	2024	SANTE PUB
	Nouvelles recommandations : Stratégies de prévention	2013	SANTE PUB
	Nouvelles recommandations pour une santé dentaire au quotidien	2013	SANTE PUB
	Nouvelles recommandations en matière de fluor dans les dentifrices	2021	SANTE PUB
Paru dans l'information dentaire Par Anne-Cécile Becmeur, Céline Herry, Georgy Demurashvili, Philippe Tramba	Recommandations et prescription en implantologie orale	2014	IMPLANTO

NB : Les recommandations dont l'intitulé est souligné dans le tableau correspondent à des recommandations internationales.

– 18 recommandations des agences sanitaires :

Agences sanitaires	Intitulé de la recommandation	Année de publication	Discipline
Agence Nationale du Médicament et des Produits de santé ANSM <i>Anciennement Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé AFSSaPS</i>	Recommandations de prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire	2011	CO
Haute Autorité de Santé (HAS)	Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse	2023	CO
	Avulsion des 3èmes molaires : indications, techniques et modalités	2019	CO
	Traitement endodontique	2008	DRE
	Hygiène et Prévention du risque infectieux au cabinet médical ou paramédical	2007	SANTE PUB
	Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent	2006	ODF
	Les critères d'aboutissement du traitement ODF	2006	ODF
	Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des 1ères et 2èmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans	2006	OP
	Prévention et traitement de la douleur post-opératoire en chirurgie orale	2005	CO
	Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge	2019	SANTE PUB

	Choix et durées d'antibiothérapies : sinusites de l'enfant	2016	CO
	Choix et durées d'antibiothérapies : sinusites de l'adulte	2016	CO
	Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple	2020	SANTE PUB
	Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine	2016	CO
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Agénésies dentaires multiples : Oligodontie et anodontie <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents (TETECOUC) pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Amélogénèses imparfaites <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents (TETECOUC) pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP
	Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Fentes labiales et / ou palatines <i>Filière de Santé des Malformations de la tête, du cou et des dents (TETECOUC) pilotée et labellisée par le ministère des Solidarités et de la Santé</i>	2021	ODF / OP
HAS / Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire - IRSN / DGSNR	Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie-. Recommandations pour les professionnels de santé <i>En collaboration avec l'IRSN et la DGSNR (Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection)</i>	2005	TOUTES DISCIPLINES

Annexe 4 : Liste et QR codes permettant d'accéder aux 28 RBP déjà synthétisées

			Discipline	Synthèse page	QR Code
Association Française des Soins Oncologiques de Support (AFSOS)	Radiothérapie et soins bucco-dentaires	2010	CO	p.3	
	Toxicités bucco-dentaires et cancer (Radiothérapie)	2020	CO	p.7	
	Chimiothérapie et soins bucco-dentaires	2010	CO	p.4	
Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice (CNEOC)	Gestion du processus carieux de l'ORCA et de l'EFCD chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée	2020	OP	p.1	

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO)	Recommandations pour la prise en charge du lichen oral - <i>Recommandations du Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale (GEMUB)</i>	2020	CO	p.5	
	Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale <i>En collaboration avec la Société Française de Cardiologie et du Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire</i>	2015	CO	p.4	
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF)	La contention en orthodontie. Recommandations de bonne pratique	2023	ODF	p.57	
Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO)	Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et en implantologie orale <i>par le Collège National des Enseignants en Parodontologie</i>	2024	PARO	p.1	

Société Française de Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO)	Les orthèses (gouttières) occlusales	2016	ODF	p.39	
	Orthèse d'Avancée Mandibulaire	2014	ODF	p.34	
	Chirurgie orale et bisphosphonates - Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques)	2013	CO	p.28	
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	Nouvelles recommandations : Stratégies de prévention	2013	SANTE PUB	p.17	

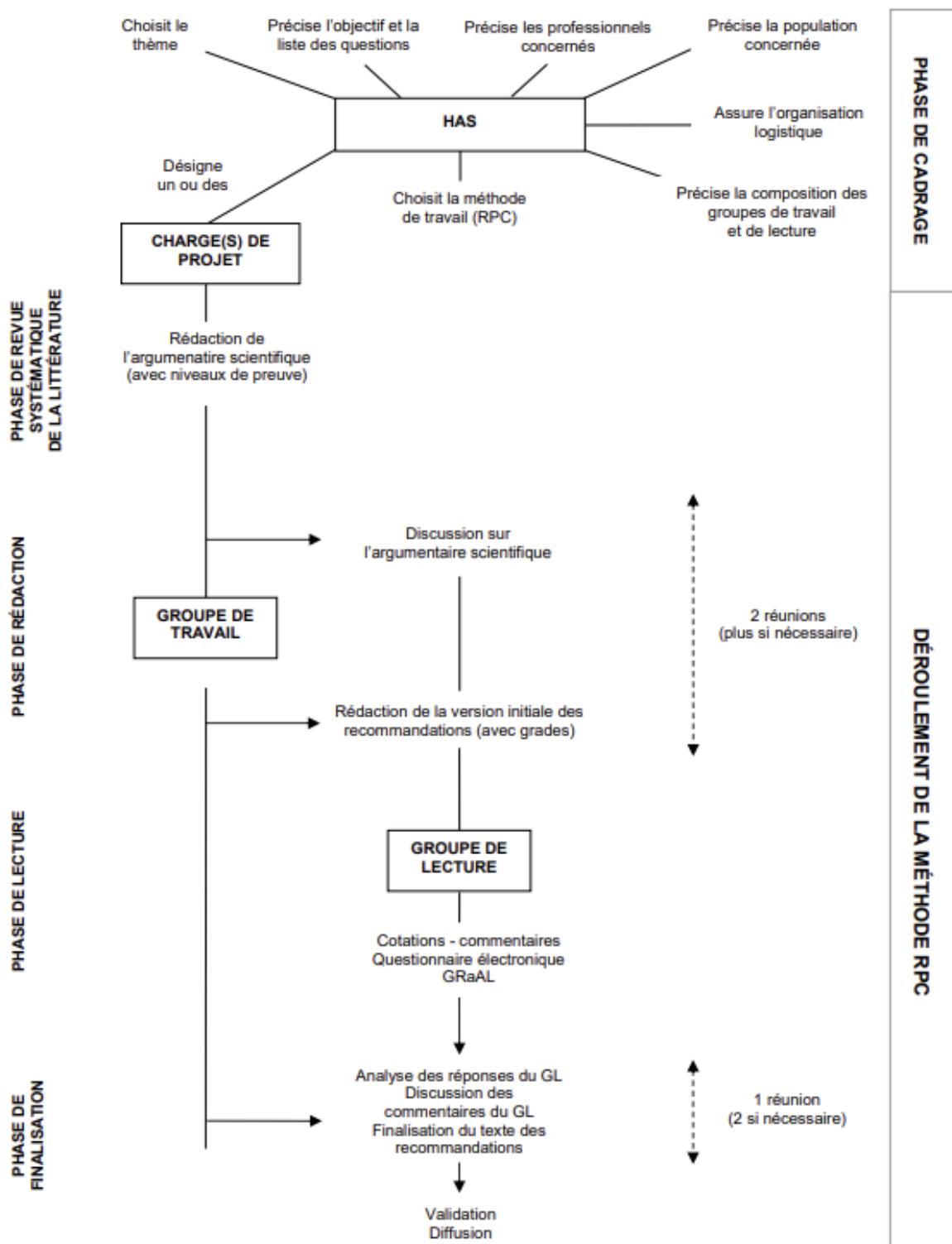
	Nouvelles recommandations pour une santé dentaire au quotidien	2013	SANTE PUB	p.1	
	Nouvelles recommandations en matière de fluor dans les dentifrices	2021	SANTE PUB	p.1	
	Recommandations bucco-dentaires pour les femmes enceintes	2024	SANTE PUB	p.2	
Haute Autorité de Santé HAS	Avulsion des 3èmes molaires : indications, techniques et modalités	2019	CO	p.1	

	Traitement endodontique <i>Par la Société Française d'Endodontie</i>	2008	DRE	p.1	
	Hygiène et Prévention du risque infectieux au cabinet médical ou paramédical	2007	SANTE PUB	p.1	
	Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent	2006	ODF	p.7	
	Les critères d'aboutissement du traitement ODF	2006	ODF	p.7	

	Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des 1ères et 2èmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans	2006	OP	p.1	
	Prévention et traitement de la douleur post-opératoire en chirurgie orale	2005	CO	p.1	
	Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge	2019	SANTE PUB	p.9	
	Choix et durées d'antibiothérapies : sinusites de l'enfant	2016	CO	p.1	

	Choix et durées d'antibiothérapies : sinusites de l'adulte	2016	CO	p.1	
	Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple	2020	SANTE PUB	p.1	
	Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine	2016	CO	p.1	

Annexe 5 : Méthodologie HAS d'élaboration des RBP selon la méthode RPC (5).



Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2025

Recommandations professionnelles en odontologie : synthèse des référentiels en 2015 / **Aurélie DHARANCY-PAPAREL**. - p.144 ; réf. 46

Domaines : Chirurgie-dentaire, odontologie, médecine bucco-dentaire

Mots clés Libres : Recommandations de Bonne Pratique / Référentiels / Dentaire / Odontologie / Synthèses / Société / Savante / Agence / Sanitaire

Résumé de la thèse en français

Le chirurgien-dentiste a l'obligation légale comme déontologique d'une pratique basée sur les évidences et les preuves scientifiques. Les recommandations de bonnes pratiques (RBP), régulièrement émises par la Haute Autorité de Santé, les sociétés savantes et autres organismes scientifiques visent notamment à guider le chirurgien-dentiste dans sa pratique.

Les RBP, selon la Haute Autorité de Santé, « n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie » « et devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge ». Une revue de littérature a été menée avec pour objectif de synthétiser ces RBP.

Sur cette base, 50 RBP adressées aux chirurgiens-dentistes et publiées entre 2003 et 2024, ont été identifiées : 52% comportaient une synthèse rapidement consultable dans le cadre d'une pratique de cabinet. L'autre partie n'en disposait pas ou n'en permettait pas une consultation compatible avec une activité de cabinet.

Le travail mené avait pour finalité de fournir aux chirurgiens-dentistes de courtes synthèses visuelles des 22 RBP n'en disposant pas afin de leur faciliter une pratique conforme à *l'evidence-based dentistry*.

JURY :

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER